

Risikoanalyse

zum Haftpflichtversicherungsschutz
für BDC-Mitglieder



Titel, Vor- und Zuname		Fachgruppe	ggf. Subspezialisierung
Praxisanschrift: Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Geburtsdatum	Telefon	Telefax	E-Mail
Weitere Standorte/Zweigstellen/Filialen		Verbandszugehörigkeit	Mitgliedsnummer
Privatanschrift: Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Betriebsart/Praxisform		Rechtsform	
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft <input type="checkbox"/> Tagesklinik <input type="checkbox"/> Partnerschaftsgesellschaft <input type="checkbox"/> Praxisklinik <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Privatklinik <input type="checkbox"/> OP-Zentrum		<input type="checkbox"/> Freiberufliches Einzelunternehmen <input type="checkbox"/> GbR <input type="checkbox"/> PartGmbH <input type="checkbox"/> PartG <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> UG	
<input type="checkbox"/> Praxisneugründung <input type="checkbox"/> Praxisübernahme		<input type="checkbox"/> Praxiseinstieg niedergelassen seit: _____	
Gewünschter Versicherungsbeginn: _____ um 0:00 Uhr			
Vorversicherung			
Name der Gesellschaft		Versicherungsscheinnummer	
Wurden gegen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre Schadenersatzansprüche aus beruflicher Tätigkeit erhoben?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl der Schäden: _____ (bitte gesondert erläutern)			
Tätigkeitsumfang			
<input type="checkbox"/> Freiberufliche ärztliche Tätigkeit ohne Anstellung und ohne eigene Praxis/Honorarärzte <input type="checkbox"/> ambulante konservative Tätigkeit ohne Operationen <input type="checkbox"/> ambulante operative Tätigkeit <input type="checkbox"/> ambulante und stationäre Tätigkeit			
<input type="checkbox"/> Freiberufliche ärztliche Tätigkeit in eigener Praxis <input type="checkbox"/> ambulante konservative Tätigkeit ohne Operationen <input type="checkbox"/> ambulante operative Tätigkeit <input type="checkbox"/> ambulante und stationäre Tätigkeit <input type="checkbox"/> Belegarzt Anzahl Betten: _____ Krankenhaus: _____ <input type="checkbox"/> Honorar-/Konsiliar-/Kooperationsarzt (für Leistungen bei stationär aufgenommenen Patienten) Krankenhaus: _____ (bitte Honorar-/Konsiliar-/Kooperationsvertrag beifügen)			
Beschäftigen Sie angestellte Fachärzte (gemäß § 32b Zulassungsverordnung)?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl: _____ Fachrichtung: _____
			Name(n): _____
Beschäftigen Sie Entlastungs- und/oder Sicherstellungsassistenten?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl: _____ Fachrichtung: _____
			Name(n): _____

Arzt im Dienst-/Anstellungsverhältnis

Chefarzt Oberarzt Assistenzarzt mit Facharztanerkennung
 ohne Facharztanerkennung

freiberufliche Nebentätigkeit dienstliche Tätigkeit

ambulante konservative Tätigkeit ohne Operation ambulante konservative Tätigkeit ohne Operation

ambulante operative Tätigkeit ambulante operative Tätigkeit

ambulante und stationäre Tätigkeit ambulante und stationäre Tätigkeit

ambulante und stationäre Tätigkeit, jedoch nur Regress bei grober Fahrlässigkeit

Notarzt freiberufliche Tätigkeit dienstliche Tätigkeit Einsätze/Monat: _____

Restrisikoabsicherung (gelegentliche außerdienstliche ärztliche Tätigkeit/Ruhestandsversicherung)

mit Praxisvertretungen und mit Gutachtertätigkeit ohne Praxisvertretungen und ohne Gutachtertätigkeit

ausschließlich gutachterliche Tätigkeit

Tageskliniken/OP-Zentren

bis 24 Stunden Verweildauer der Patienten über 24 Stunden Verweildauer der Patienten

Sonstiges: _____

Zusatzangaben

Besitzen Sie die Zusatzbezeichnung „Plastische Chirurgie“? nein ja, seit: _____

Welche kosmetischen, d. h. medizinisch nicht indizierten Behandlungen bzw. Operationen werden durchgeführt?

Art	Anzahl/Jahr	Art	Anzahl/Jahr
<input type="checkbox"/> Face Liftings		<input type="checkbox"/> Naevus-Entfernung	
<input type="checkbox"/> Falten- und Narbenunterspritzung		<input type="checkbox"/> Brustverkleinerung	
<input type="checkbox"/> Lidkorrekturen		<input type="checkbox"/> Brustvergrößerung	
<input type="checkbox"/> Nasenkorrekturen		<input type="checkbox"/> Bauchdeckenplastik	
<input type="checkbox"/> Ohrkorrekturen		<input type="checkbox"/> Gesäßplastik	
<input type="checkbox"/> Korrekturen am Hals/im Halsbereich		<input type="checkbox"/> Reithosenplastik	
<input type="checkbox"/> Fettabsaugungen		<input type="checkbox"/> Atherom-Entfernung	
<input type="checkbox"/> Hauttumor-Entfernung		Sonstiges:	

Sonstige ärztliche Risiken/Besonderheiten

Werden Organ- und/oder Gelenkpunktionen, intraartikuläre Injektionen und/oder Filtrationen vorgenommen? nein ja

Durchführung von Off Label-Use nein ja

Betreuen Sie Profisportler, Bundesligavereine, Nationalmannschaften, unterhalten Sie ein exklusives Betreuungsverhältnis? nein ja

Falls ja, bitte detaillierte Angaben über die Art der Tätigkeit.

Führen Sie eine Auslandstätigkeit durch? nein ja, ggf. bitte gesondert erläutern

Art, Umfang der Aufklärung schriftlich mündlich _____

Welche Aufklärungsbogen werden verwendet? Diomed Pro-Compliance

andere/eigene (Muster bitte einreichen)

Bitte erstellen Sie ein Angebot zum Haftpflichtversicherungsschutz für Ärzte.

Ort/Datum Unterschrift und Stempel des Versicherungsnehmers