

Risikoerfassung Haftpflichtversicherung für Mediziner/Therapeuten / Seite 1/4

Beratung durch:

Dr. Sievert und Partner GmbH
 Quinckestr. 18 • 24106 Kiel
 Tel.: 0431 / 53 53 6 0 • Fax: 0431 / 53 53 6 10
 info@dsp-kiel.de
 http://www.dsp-kiel.de

Versicherungsnehmer:

Persönlicher Ansprechpartner:

1. Allgemein	
Facharztbezeichnung Zusatzbezeichnung	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 2. Angestellter Facharzt	<input type="checkbox"/> Chefarzt / leitender Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> Assistenzarzt <input type="checkbox"/> Therapeuten <input type="checkbox"/> sonstige
Dienstherr / Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha-/Kurklinik <input type="checkbox"/> Behörde <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt
Gewünschter Versicherungsumfang (mehrere gleichzeitig möglich)	<input type="checkbox"/> dienstliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> freiberufliche ambulante konservative Tätigkeit <input type="checkbox"/> freiberufliche ambulante operative Nebentätigkeit <input type="checkbox"/> freiberufliche ambulante und stationäre Nebentätigkeit <input type="checkbox"/> gelegentliche außerdienstliche ambulante Tätigkeit <input type="checkbox"/> Ärztliches Restrisiko - Basisdeckung (Erste-Hilfe-Leistungen, Behandlungen im Verwandten- und Bekanntenkreis, Notfallbehandlung)
<input type="checkbox"/> 3. Niedergelassener Arzt	<input type="checkbox"/> in eigener Praxis <input type="checkbox"/> nicht in eigener Praxis <input type="text"/>
Datum der Erstniederlassung	<input type="text"/>
Tätigkeit in	<input type="checkbox"/> Praxisklinik <input type="checkbox"/> Tagesklinik / Medizinisches Versorgungszentrum
Besteht Praxengemeinschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Partner: <input type="text"/>
Besteht eine Partnergesellschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Partner: <input type="text"/>

Risikoerfassung Haftpflichtversicherung für Mediziner/Therapeuten / Seite 2/4

<p>Gibt es angestellte Ärzte</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, bitte Anzahl und Fachrichtungen angeben</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Welche ambulanten Behandlungen werden vorgenommen Hinweis: Für nicht medizinisch indizierte Behandlungen sind in der Regel die Versichererspezifischen Fragebögen zusätzlich nötig!</p>	<p><input type="checkbox"/> Operationen <input type="checkbox"/> endoskopische Eingriffe <input type="checkbox"/> Laserchirurgische Behandlungen <input type="checkbox"/> Intraartikuläre Injektionen oder Gelenkpunktionen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kosmetische Behandlungen und Eingriffe <input type="checkbox"/> Brustkorrekturen <input type="checkbox"/> Liposuktionsbehandlungen (Fettabsaugungen) <input type="checkbox"/> Bauchdeckenplastik <input type="checkbox"/> Gesäß- und Reithosenplastik <input type="checkbox"/> Operative Komplett-Face-Liftings <input type="checkbox"/> Intimoperationen <p>Wie werden die og. Behandlungen und Operationen dokumentiert?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p><input type="checkbox"/> Weitere ambulante Behandlungen:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>Werden stationäre Behandlungen vorgenommen</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Belegbetten (Anzahl: <input style="width: 40px;" type="text"/>) <input type="checkbox"/> Outsourcing eines gesamten Krankenhausbereichs (bitte Kooperationsvertrag einreichen)</p>
<p>Weitere ärztliche Risiken die unter Umständen einer gesonderten Mitversicherung bedürfen</p>	<p><input type="checkbox"/> Praxisvertretungen (ca. <input style="width: 40px;" type="text"/> Monate p.a.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär <p><input type="checkbox"/> Tätigkeit als Notarzt <input type="checkbox"/> Ärztlicher Gutachter</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ohne Operationsempfehlung <input type="checkbox"/> mit Operationsempfehlung <p><input type="checkbox"/> Gelegentliche ärztliche Tätigkeit als Ruheständler</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ohne Praxisvertretung <input type="checkbox"/> mit Praxisvertretung <p><input type="checkbox"/> Tätigkeiten außerhalb des versicherten Berufsbildes <input type="checkbox"/> Beh. durch in der Heilkunde nicht anerk. Apparate <input type="checkbox"/> Taucharzt <input type="checkbox"/> Sportarzt (ausgenommen Amateursport) <input type="checkbox"/> Programmverantw. Arzt bei Screening-Programmen <input type="checkbox"/> Weitere derartige Risiken:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

Risikoerfassung Haftpflichtversicherung für Mediziner/Therapeuten / Seite 3/4

Welche der og. Tätigkeiten werden freiberuflich bzw. gelegentlich außerdienstlich vorgenommen	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> freiberuflich: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> gelegentlich außerdienstlich <input type="text"/>
Nur für bestimmte Fachrichtungen	<input type="checkbox"/> entfällt
Nur für Zahnärzte: Führen Sie Implantationen durch? Wird Kieferorthopädie durchgeführt? Unterhalten Sie ein zahntechnisches Labor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nur für Gynäkologen: Werden folgende Positionen ausgeführt	<input type="checkbox"/> aktive Geburtshilfe <input type="checkbox"/> künstliche Insemination <input type="checkbox"/> Unterhalt eines zytologischen Labors für fremde Zwecke (Anzahl der tätigen Personen: <input type="text"/>)
Nur für rehabilitative und physikalische Medizin: Gibt es angestellte Heilnebenberufler? Gibt es freiberuflich tätige Heilnebenberufler	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nur für Nephrologen: Anzahl der Dialysegeräte	<input type="text"/> Dialysegeräte
Kundenkreis	<input type="checkbox"/> keine Besonderheiten
Betreuen Sie Prominente, Profisportler, Bundesliga- und/oder Nationalmannschaften?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, bitte nähere Informationen <input type="text"/>
Tätigkeiten im Ausland	<input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> in Europa (<input type="text"/> Tage pro Jahr) <input type="checkbox"/> weltweit (<input type="text"/> Tage pro Jahr)
Gewünschte Deckungssummen	<input type="checkbox"/> 3 Mio. € <input type="checkbox"/> 5 Mio. € <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Mio. €
Mitversicherung von privaten/sonstigen Risiken	<input type="checkbox"/> werden gesondert anderweitig versichert <input type="checkbox"/> sollen wie bisher übernommen werden <input type="checkbox"/> sollen wie folgt versichert werden <input type="text"/>
Sonstige Hinweise, gewünschte Deckungserweiterungen, Selbstbeteiligungen usw.	<input type="text"/>
Gewünschte Zielprämie bei Neuversicherung	<input type="text"/> €

Risikoerfassung Haftpflichtversicherung für Mediziner/Therapeuten / Seite 4/4

<p>Gewünschte Zahlweise und Zahlungsart</p>	<p><input type="checkbox"/> per Rechnung <input type="checkbox"/> per Lastschrift <input type="checkbox"/> 1/1- <input type="checkbox"/> 1/2- <input type="checkbox"/> 1/4- <input type="checkbox"/> 1/12- jährlich</p>
<p>Besteht oder bestand eine Vorversicherung?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Gesellschaft <input type="text"/> Vers.Nr <input type="text"/> Ablauf <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Kündigung erfolgt durch <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer</p>
<p>Vorschäden in den letzten 5 Jahren Bitte detaillierte Angaben über Schadenart, Schadentag und Schadenhöhe. Wenn möglich, Schadenrenta des Versicherers jünger 4 Wochen beifügen</p>	<p><input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> nachfolgende Privathaftpflicht- und Sachschäden <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nachfolgende Personenschäden <input type="text"/></p>
<p>8. Einverständniserklärung zur Datenweitergabe und Belehrung</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>_____ Datum, Unterschrift des Versicherungsmaklers</p>	<p>_____ Datum, Unterschrift des Kunden</p>
<p>Interne Notizen</p> <p>Mitarbeiter: <input type="text"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: Von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p>Rev001 vom 25.11.2010</p>	