**Berufshaftpflicht Ärzte**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beraterdaten | | |
|  |  |  |
| Name/Vorname |  | BCA-Nummer |
|  |  |  |
| E-Mail |  | Telefon |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Mandantendaten | | | | |
|  | | | | |
| Name/Vorname/Anrede | | | | |
|  |  |  |  |  |
| Straße, Hausnummer |  | PLZ |  | Ort |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Abweichender Versicherungsort (Straße, Hausnummer) |  | PLZ |  | Ort |
|  |  |  | | |
| Website |  | Geburtsdatum | | |

Laufzeit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Versicherungsbeginn |  | Versicherungsablauf |

Ärztliche Funktion

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jahresumsatz:** |  | € |
|  | | |
| Berufshaftpflichtversicherung in der Eigenschaft als (Gebietsbezeichnung gemäß Weiterbildungsordnung): | | |
|  | | |
|  | | |

Ärzte in freier Praxis

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| niedergelassen  mit |  | Belegbetten  niedergelassen seit: |  | | |
|  | | | |  |  |
| auf Honorarbasis (ohne Anstellung oder eigene Praxis)  Anstellungsverhältnis in einer Praxis | | | | | |

Angestellte Ärzte in einem Krankenhaus/Klinik

|  |
| --- |
| Chefarzt, ärztlicher Direktor oder Leiter einer selbstst. Abteilung  Oberarzt, Facharzt mit Oberarztfunktion, ständiger Vertreter des Chefarztes/ärztl. Direktors/Abteilungsleiters  Assistenzarzt mit Gebietsbezeichnung, Stationsarzt, Facharzt ohne leitende Funktion  Assistenzarzt  Medizinstudent im praktischen Jahr (MPJ) |

Zu versichernde Tätigkeit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| dienstliche Tätigkeit: | ambulant | |
|  |  | |
| dienstl. Tätigkeit, nur Arbeitgeberregreß bei grober Fahrlässigkeit: | | ambulant m. Operationen  stationär |
|  | |  |
|  | |  |
| freiberuflich: | ambulant  ambulant mit Operationen  stationär | |

Spezifische Fachtätigkeiten

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Arzt für Allgemeinmedizin/Innere Medizin und Allgemeinmedizin | | |  |
|  | | |  |
| Führen Sie proktologische Untersuchungen/Eingriffe durch? | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Arzt für Anästhesie | | |  |
|  | | |  |
| Führen Sie Narkosen durch? | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Führen Sie geplante parallele Allgemeinanästhesien oder tiefe Analogsedierungen durch, die gegen den Facharztstandard verstoßen? | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Werden wirbelsäulennahe Injektionen und/oder Infiltrationen vorgenommen? | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Arzt für Augenheilkunde | | |  |
|  | | |  |
| Anzahl der angestellten Orthoptisten/Orthoptiker: | | |  |
|  | | |  |
| Erzielen Sie einen Handelsumsatz von über 10.000 Euro mit Kontaktlinsen,  Kontaktlinsenflüssigkeiten, etc.? | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Unterhalten Sie ein rechtlich eigenständiges Unternehmen  (z. B. ein Kontaktlinsenstudio oder ein Lasikzentrum)? | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Arzt für Chirurgie/Orthopädie und Unfallchirurgie/Orthopädie | | |  |
|  | | |  |
| Führen Sie eine der folgenden Tätigkeiten durch? Intraartikuläre Injektionen und Gelenkpunktionen; Spritzen von Nukliden bei der Radiosynoviorthese in Zusammenarbeit mit einem Radiologen/Nuklearmediziner; Facettenblockaden, Facetteninfiltrationen und Facettendenervierungen; paravertebrale Infiltrationen; periradikuläre Therapie (nur mit Zuhilfenahme von bildgebenden Verfahren) | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Führen Sie endoprothetische Operationen durch? | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Liegt bei Ihnen die Zusatzbezeichnung „Plastische Chirurgie“ vor? | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Arzt für Dermatologie | | |  |
|  | | |  |
| Anzahl der angestellte Kosmetiker/innen: | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Unterhalten Sie ein rechtlich selbstständiges Unternehmen  (z. B. ein Kosmetikinstitut oder ein Laserunternehmen)? | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Erzielen Sie einen Handelsumsatz von über 10.000 Euro mit Kosmetika und Pflegeprodukten, etc.? | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Arzt für Gynäkologie | | |  |
|  | | |  |
| Wird Geburtshilfe ausgeführt? | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Nehmen Sie Abrasien, Inseminationen, Stanzbiopsien und/oder Mammapunktionen vor? | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Nehmen Sie Amniozentesen (Fruchtwasserpunktionen), Chorionzotten- bzw. Plazentabiopsien und/oder Nabelschnurpunktionen vor? | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Führen Sie nicht invasive pränatale Screening Tests (NIPT) durch, bei denen die Laborleistung nicht  innerhalb Deutschlands vorgenommen werden? | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Unterhalten Sie ein zytologisches Labor für fremde Zwecke? | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Falls ja, Anzahl der im Labor tätigen Personen: | | |  |
|  | | |  |
| Anzahl der angestellten Hebammen (ohne Geburtshilfe): | | |  |
|  | | |  |
| Arzt Innere Medizin und Allgemeinmedizin | | |  |
|  | | |  |
| Führen Sie proktologische Untersuchungen/Eingriffe durch? | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Arzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie | | |  |
|  | | |  |
| Führen Sie Katheterisierungen durch? | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Arzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie | | |  |
|  | | |  |
| Wie viele Dialyseplätze haben Sie? | | |  |
|  | | |  |
| Führen Sie Nierenbiopsien durch? | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Arzt für Kinder- und Jugendmedizin | | |  |
|  | | |  |
| Führen Sie proktologische Untersuchungen/Eingriffe durch? | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin | | |  |
|  | | |  |
| Gibt es angestellte Gesundheitsfachberufler? | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Gibt es freiberuflich tätige Gesundheitsfachberufler? | | | Nein  Ja |
|  | | |  |
| Sonstiges: |  | | |
|  |  | | |
| Arzt für Zahnheilkunde | | mit Implantaten  ohne Implantaten | |
|  | |  | |
| Labore/Pathologen | | |  |
|  | | |  |
| Medizinisches Laboratorium für fremden Bedarf | | | |
|  | | |  |
| Anzahl Inhaber: | | |  |
|  | | |  |
| Anzahl weiterer Ärzte, Chemiker, Biologen, Apotheker: | | |  |
|  | | |  |
| Anzahl Laboranten, med.-technische Assistenten: | | |  |
|  | | |  |
| Sonstiges: |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Besteht eine vertragliche Vereinbarung mit einer Institution zur Behandlung derer Patienten? | |
| Ja | Nein |
|  | |
| Restrisikoversicherung, Freundschafts- & Nachbarschaftshilfe, Erste-Hilfe-Leistungen | |
| ohne Praxisvertretung  ambulant ohne Operation | mit Praxisvertretung bis 90 Tage/Jahr  ambulant mit Operation |
|  |  |
|  |  |
| Nachhaftungsversicherung infolge des beschriebenen Risikos | |

Gewünschte zusätzliche Einschlüsse in die Berufshaftpflichtversicherung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| in der Praxis angestelltes, nichtärztliches Personal | Anzahl: |  |
|  |  |  |
| ständiger Vertreter | Name: |  |
| Durchgangsarzt (D-Arzt)  Rettungsdienst  Flugbegleitungen/Rückholtransporte nach Deutschland  freiberufliche Betreuung eines Hobby-Sportvereines  Beratende Konsiliararzttätigkeit  Gutachtertätigkeit  kosmetische Behandlungen (nicht medizinisch indiziert)  Tätigkeiten im Ausland  ausschließlich ambulante nicht-operative Praxisvertretung + Notdienste im europäischen Ausland bis 60 Tage pro Jahr  darüber hinausgehende Tätigkeiten im Ausland (bitte angeben - Land, Tätigkeit, Häufigkeit) | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Einschluss einer Privathaftpflichtversicherung:  Familie  Single | | |

Zusatzfragen (hier sind eventuelle Rabatte möglich)

|  |  |
| --- | --- |
| Mitglied der Zahnärztekammer | |
|  | |  |  |
| Niederlassung seit |  |
| Berufsausübungsgemeinschaft / Gemeinschaftspraxis  Praxisgemeinschaft | |

Gewünschte Versicherungssumme

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Für Personenschäden: |  | € |
|  |  |  |
| Für Sachschäden: |  | € |
|  |  |  |
| Für Vermögensschäden: |  | € |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorversicherung/Vorschäden | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Vorversicherung: |  | Nein  Ja | | | | | | | | | | | | |
| Falls ja: |  |  | | ­ |  |  |  |  |  | | |
|  |  | Gesellschaft | |  | Jahresbeitrag |  | Versicherungsnummer |  | Versicherungssumme | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Gekündigt zum: |  |  | | | |  | vom  Antragsteller  Versicherer | | | | |
|  |  | Datum | | | |  |  | | | | |
| Vorschäden (auch unversicherte) letzte 5 Jahre: | | | | | |  | Nein  Ja, falls ja: | | | | |
| Schaden 1: |  |  | | | |  |  | | |  |  |
|  |  | Art | | | |  | Höhe | | |  | Jahr |
| Schaden 2: |  |  | | | |  |  | | |  |  |
|  |  | Art | | | |  | Höhe | | |  | Jahr |
| Schaden 3: |  |  | | | |  |  | | |  |  |
|  |  | Art | | | |  | Höhe | | |  | Jahr |
|  |  |  | | | | | | | | | |
| **Hilfreich: Dem Fragebogen  liegen folgende Unterlagen bei:** | | | Info über Ausgleichsgeschäft | | | | | | | | |