

# Risikoanalyse für Palliativmedizinische Einrichtungen

Name und Anschrift des Interessenten: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Internet: \_\_\_\_\_

## Art, Rechtsform, personelle Besetzung

- Bezeichnung:  Palliativkonsiliardienst  Palliativnetz  Hospiz  
 Sonstige: \_\_\_\_\_
- Rechtsform:  GbR  GmbH  e.V.  Partnerschaftsgesellschaft mit beschränkter Berufshaftung  
 Sonstige: \_\_\_\_\_
- Versorgungsregion: \_\_\_\_\_
- Gründungsdatum: \_\_\_\_\_
- Gesellschafter (Name und Fachrichtung): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Ärztliche Leitung (Name und Fachrichtung): \_\_\_\_\_
- Gibt es angestelltes Personal (ohne rein kaufmännisch tätige Personen)?  ja  nein  
 Falls ja:  
 Anzahl Ärzte: \_\_\_\_\_  
 Anzahl medizinische Fachpflegekräfte: \_\_\_\_\_
- Patientenzahl pro Jahr (ggf. geplant): \_\_\_\_\_
- Anzahl freiberuflich tätiger Ärzte: \_\_\_\_\_
- Anzahl freiberuflich tätiger Fachpflegekräfte: \_\_\_\_\_

## Behandlungsvertrag

wird mit

- dem Verein/Netz
- dem Palliativkonsiliardienst
- dem Hospiz
- den einzelnen Ärzten direkt  
geschlossen

## Zusätzliche Einschlüsse

Folgende zusätzliche Risiken sollen mitversichert werden: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Gewünschte Deckungssumme je Versicherungsfall

5.000.000 EUR                       7.500.000 EUR                      pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

### Vorversicherung/Vorschäden

• Name des Vorversicherers und Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Ablauf des Vorvertrags: \_\_\_\_\_

Es bestand bisher keine Vorversicherung.

**Mit einer Anfrage bei dem/den Vorversicherer(n) bin ich einverstanden.**                       ja                       nein

• Sind Sie in den letzten 5 Jahren schadensersatzpflichtig gemacht worden?                       ja                       nein

**Hinweis:** Bitte geben Sie alle Inanspruchnahmen an, auch laufende Verfahren, die vor Gericht oder bei der Gutachterstelle im Schlichtungsverfahren offen sind. Geben Sie auch alle Fälle an, die ohne eine Zahlung (zu Ihren Gunsten geschlossen wurden)

Falls ja, Anzahl der Schäden: \_\_\_\_\_ Personenschäden: \_\_\_\_\_ Sachschäden: \_\_\_\_\_ Vermögensschäden: \_\_\_\_\_

• Zahlungen EUR: \_\_\_\_\_

• Reserven zu noch offenen Fällen EUR: \_\_\_\_\_

• Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert?                       ja                       nein

• Wurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt?                       ja                       nein

**Wichtiger Hinweis:** Bitte beachten Sie, dass der Versicherer auf die wahrheitsgemäße Erklärung seine Entscheidung über die Annahme des Antrags stützt. Unwahre oder unvollständige Angaben können den Versicherer zum Rücktritt vom Vertrag berechtigen, unter Umständen sogar zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung, die den Versicherungsschutz rückwirkend (von Anfang an) entfallen lässt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

#### Vertragsführende Stelle:

Janitos Versicherung AG  
Im Breitenspiel 2-4  
69126 Heidelberg  
Telefon 06221. 709 1590  
www.janitos.de

#### Risikoträger:

HDI Versicherung AG  
HDI-Platz 1  
30659 Hannover  
Telefon 0511. 645 0  
www.hdi.de