

Ergänzungsbogen für konsiliarärztliche Tätigkeiten niedergelassener Ärzte bei stationären Patienten/honorarärztliche Tätigkeiten

(Zur Haupttätigkeit bitte Risikoanalyse für Humanmediziner einreichen)

Name und Anschrift des Interessenten: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____ Internet: _____

Grundtätigkeit

- Facharztbezeichnung: _____
- Zusatzbezeichnung: _____
- Arzt in freier Praxis
 - ambulant konservativ behandelnd (ohne Operationen und endoskopische Eingriffe)
 - ambulant operativ behandelnd
 - ambulant und stationär behandelnd mit _____ Belegbetten

Konsiliarärztliche Tätigkeit/honorarärztliche Tätigkeit

- Häufigkeit der konsiliarärztlichen/honorarärztlichen Tätigkeit:
 - bis 30 Tage im Jahr
 - bis 60 Tage im Jahr
 - bis 120 Tage im Jahr
 - Es besteht ein Kooperationsvertrag mit dem Krankenhaus und ein regelmäßiger Einsatz
 - Es finden spontane Anforderungen durch die Klinik statt
- Krankenhaus/MVZ/Praxis, für das/die die Konsilien/honorarärztlichen Tätigkeiten durchgeführt werden:

- Fachbereich/Spezialgebiet, in dem die Konsilien/honorarärztlichen Tätigkeiten stattfinden:

- Wird ein fehlender Spezialist vollständig durch Sie ersetzt? ja nein
- Werden von Ihnen leitende Funktionen eines Chefarztes oder Oberarztes übernommen oder ersetzt?

Falls ja, ist zwingend der Konsiliar-/Honorararztvertrag einzureichen. ja nein
- Gehören Sie einer Abteilung an, in der überwiegend Honorarärzte/Kooperationsärzte bzw. Vertretungsärzte eingesetzt werden? ja nein

Falls ja, ist zwingend der Konsiliar-/Honorararztvertrag einzureichen.
- Sind Sie für die Organisation oder die Verwaltung der Abteilung verantwortlich, indem Sie beispielsweise Dienstpläne erstellen oder für die Wartung der apparativen Ausstattung in der Abteilung zuständig sind? ja nein

Falls ja, ist zwingend der Konsiliar-/Honorararztvertrag einzureichen.

- Wer schließt den Behandlungsvertrag mit dem Patienten?

- das Krankenhaus
- der Konsiliararzt/Honorararzt

- Umfang der Tätigkeit

- ausschließlich beratende Tätigkeit ohne OP-Leistungen
- der Konsiliararzt/Honorararzt

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 Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg
Telefon 06221 7 09 15 90
www.janitos.de

Risikoträger:

HDI Versicherung AG
HDI-Platz 1,
30659 Hannover
Telefon 0511 645-0