

Risikoanalyse für Beleg-, Tages-, Praxis-, Privatkliniken, ambulante Operationszentren etc.

Name und Anschrift der Klinik/des Zentrums: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____ Internet: _____

Rechtsform: GbR GmbH sonstige: _____

Gründungsdatum: _____

Firmierung als Tagesklinik Praxisklinik Praxisklinik gem. § 30 Gewerbeordnung

Inhaber und Zulassung

- Inhaber/Betreiber: _____
- Name und Facharztbezeichnung: _____
- Gesellschafter (Name und Fachrichtung): _____
- Ärztliche Leitung: _____
- Ärzte, deren Fachgebiet und Status – Inhaber/angestellte Ärzte/freiberuflich tätige Ärzte – (ggf. bitte Beiblatt benutzen):

- Personenanzahl des medizinischen Hilfspersonals: _____
- Gibt es Belegärzte? ja nein

Operationen

- Anzahl der OP-Räume: _____
- Anzahl der (Aufwach-) Betten: _____
- Höchstdauer der durchgeführten Operationen in Stunden: _____
- Maximale Verweildauer der Patienten: Stunden: _____ Tage: _____
- Finden Übernachtungen statt? ja nein

Falls ja, Anzahl der Betten zur stationären Unterbringung:

- Die Anästhesisten sind: Inhaber angestellt freiberuflich tätig
- Wer übernimmt die postoperative Überwachung? _____
- Werden endoprothetische Eingriffe vorgenommen? ja nein

Kosmetische Behandlungen und Eingriffe (Beseitigen von Schönheitsfehlern ohne medizinische Indikation)

Nehmen Sie folgende kosmetisch indizierte Operationen/Behandlungen vor? (Bei Janitos nicht versicherbar.)

- Brustkorrekturen ja nein
- Liposuktionsbehandlungen (Fettabsaugungen) ja nein
- Bauchdeckenplastik ja nein
- Gesäß- und Reithosenplastik ja nein
- Operative Komplett-Face-Liftings ja nein
- Intimoperationen ja nein
- nicht medizinisch indizierte bariatrische Eingriffe ja nein

Für sonstige medizinisch nicht indizierte Behandlungen gilt:

Für rein kosmetisch indizierte Behandlungen und Eingriffe, die aus ästhetischen Gründen zur Beseitigung von Schönheitsfehlern vorgenommen werden und nicht der Verbesserung von körperlichen Funktionen dienen, besteht für Ärzte Versicherungsschutz unter der Voraussetzung, dass eine ordnungsgemäße Aufklärung gewährleistet wird und die Dokumentierung mit Hilfe der Aufklärungsbogen der Firmen „proCompliance“ oder „Diomed“ erfolgt.

Behandlungsvertrag

- Der Behandlungsvertrag wird mit der Klinik geschlossen ja nein
- Der Behandlungsvertrag wird mit den Belegärzten geschlossen ja nein
- Der Behandlungsvertrag für die Anästhesien wird mit der Klinik geschlossen ja nein
- Der Behandlungsvertrag für die Anästhesien wird mit den Anästhesisten geschlossen ja nein

Besonderheiten

- Betreuen Sie Profi- und Leistungssportler, Bundesligavereine, Nationalmannschaften oder unterhalten Sie ein exklusives Betreuungsverhältnis bei Sport-, Musik- und Kulturveranstaltungen? ja nein

Falls ja, bitte detaillierte Angaben:

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 Breitspiel 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