

Risikoanalyse für Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Name und Anschrift des Medizinischen Versorgungszentrums: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____

Art, Rechtsform, personelle Besetzung

• Rechtsform: GbR GmbH Genossenschaft

• Gründungsdatum: _____

• Gesellschafter:

Name des Gesellschafters	Fachrichtung	Tätigkeit für das MVZ (ambulant konservativ, ambulant operativ, stationär)
--------------------------	--------------	--

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

• Ärztliche Leitung und Fachrichtung: _____

• Tätigkeit für das MVZ der ärztlichen Leitung (ambulant konservativ, ambulant operativ, stationär): _____

• Vertretene Fachrichtungen Ärzte: _____

• Nichtärztliche Bereiche:

Physiotherapeuten, Logopäden, Motopäden etc. Anzahl der Personen: _____

Dipl. Psychologen/Psychotherapeuten Anzahl der Personen: _____

med. Laboratorium Anzahl der Personen: _____

Angestellte Ärzte

• Anzahl der angestellten Weiterbildungsassistenten: _____ davon in Teilzeit: _____

• Anzahl des medizinischen Hilfspersonals: _____ davon in Teilzeit: _____

• Angestellte Fachärzte gesamt: _____ davon in Teilzeit: _____

• Aufteilung auf Fachgebiete:

Name des Arztes	Fachrichtung	Tätigkeit für das MVZ (ambulant konservativ, ambulant operativ, stationär)
-----------------	--------------	--

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Tätigkeitsumfang

- ambulante Behandlung
- Werden ambulante Operationen vorgenommen? ja nein
- Werden endoskopische Eingriffe vorgenommen? ja nein
- Werden laserchirurgische Behandlungen vorgenommen? ja nein
- Werden Organ,- und/oder Gelenkpunktionen, intraartikuläre Injektionen und/oder Infiltrationen vorgenommen? ja nein
- Werden kosmetische Eingriffe vorgenommen? (s. Seite 4)? ja nein
- Werden ambulante wirbelsäulennahe Injektionen und/oder Infiltrationen vorgenommen? ja nein
- Besteht ein Konsiliararztvertrag mit einem Krankenhaus zur operativen Behandlung von stationären Patienten? ja nein

Facharzt für Anästhesie

- Führen Sie Narkosen durch? ja nein
- Führen Sie geplante parallele Allgemeinanästhesien oder tiefe Analogsedierungen durch, die gegen den Facharztstandard verstoßen? ja nein
- Werden wirbelsäulennahe Injektionen und/oder Infiltrationen vorgenommen? ja nein

Facharzt für Augenheilkunde

- Anzahl der angestellten Orthoptisten/Orthoptiker: _____
- Erzielen Sie einen Handelsumsatz von über 10.000 Euro mit Kontaktlinsen, Kontaktlinsenflüssigkeiten, etc.? ja nein
- Unterhalten Sie ein rechtlich eigenständiges Unternehmen (z. B. ein Kontaktlinsenstudio oder ein Lasikzentrum)? ja nein

Facharzt 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 Facettendenerwierungen; paravertebrale Infiltrationen; periradikuläre Therapie (nur mit Zuhilfenahme von bildgebenden Verfahren) ja nein
- Es besteht die Möglichkeit die genannten Tätigkeiten im Rahmen der ambulant konservativen Prämienposition mitzuversichern. Möchten Sie sich für die genannten Tätigkeiten verpflichten ein umfassendes Aufklärungsgespräch inkl. Dokumentation mit Hilfe der Systeme von proCompliance und/oder Diomed vorzunehmen? ja nein

Hinweis: Ohne Verwendung der Aufklärungsverpflichtung ist die Einstufung in der Position „ambulante operative Tätigkeit“ vorzunehmen.

- Führen Sie endoprothetische Operationen durch? ja nein
- Liegt bei Ihnen die Zusatzbezeichnung „Plastische Chirurgie“ vor? ja nein

Facharzt für Dermatologie

- Anzahl der angestellte Kosmetiker/innen: _____
- Unterhalten Sie ein rechtlich selbstständiges Unternehmen (z. B. ein Kosmetikinstitut oder ein Laserunternehmen)? ja nein

- Erzielen Sie einen Handelsumsatz von über 10.000 Euro mit Kosmetika und Pflegeprodukten, etc.? ja nein

Facharzt für Gynäkologie

- Wird Geburtshilfe ausgeführt? ja nein
- Nehmen Sie Abrasien, Inseminationen, Stanzbiopsien und/oder Mammapunktionen vor? ja nein
- Nehmen Sie Amniozentesen (Fruchtwasserpunktionen), Chorionzotten- bzw. Plazentabiopsien und/oder Nabelschnurpunktionen vor? ja nein
- Führen Sie nicht invasive pränatale Screening Tests (NIPT) durch, bei denen die Laborleistung nicht innerhalb Deutschlands vorgenommen werden? ja nein
- Unterhalten Sie ein zytologisches Labor für fremde Zwecke? ja nein
- Falls ja, Anzahl der im Labor tätigen Personen: _____
- Anzahl der angestellten Hebammen (ohne Geburtshilfe): _____

Facharzt Innere Medizin und Allgemeinmedizin

- Führen Sie proktologische Untersuchungen/Eingriffe durch? ja nein

Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie

- Führen Sie Katheterisierungen durch? ja nein

Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie

- Wie viele Dialyseplätze haben Sie? _____
- Führen Sie Nierenbiopsien durch? ja nein

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

- Führen Sie proktologische Untersuchungen/Eingriffe durch? ja nein

Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin

- Gibt es angestellte Gesundheitsfachberufler? ja nein
- Gibt es freiberuflich tätige Gesundheitsfachberufler? ja nein
- Sonstiges: _____

ambulante und stationäre Behandlung

- Belegbetten, Anzahl: _____

- Honorarärztliche Tätigkeit? ja nein

Falls ja, bitte den Ergänzungsbogen für konsiliarärztliche/honorarärztliche Tätigkeiten ausfüllen.

- Konsiliarärztliche Tätigkeit im Krankenhaus? ja nein

Falls ja, bitte den Ergänzungsbogen für konsiliarärztliche/honorarärztliche Tätigkeiten ausfüllen.

- Outsourcing eines gesamten Krankenhausbereiches (bitte Kooperationsvertrag einreichen)? ja nein

Sonstige: _____

Kooperationspartner/freiberuflich tätige Ärzte

Wird der Behandlungsvertrag für die erbrachten Leistungen dieser Ärzte mit dem MVZ geschlossen? ja nein

Falls ja, bitte Angabe der Fachrichtungen und Tätigkeiten:

Name des Arztes	Fachrichtung	Tätigkeit für das MVZ (ambulant konservativ, ambulant operativ, stationär)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

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.

Besonderheiten

- Werden ärztliche Tätigkeiten im Ausland ausgeführt? ja nein
Falls ja, bitte benutzen Sie unseren Ergänzungsfragebogen Auslandstätigkeit.
- 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:

- Werden Tätigkeiten im Rahmen von klinischen Studien erbracht? ja nein
Falls ja, bitte geben Sie Art und Umfang der Tätigkeit an:

Freiberufliche Nebentätigkeit der angestellten Ärzte

Folgende Ärzte behandeln auf eigene Rechnung (der Behandlungsvertrag wird hierbei nicht mit dem MVZ geschlossen) und bitten um ein Angebot für eine eigene Berufshaftpflichtversicherung für die freiberufliche Nebentätigkeit

- | | |
|-----------------|---|
| Name des Arztes | Fachrichtung und Umfang der Behandlungen (ambulant konservativ, ambulant operativ, stationär) |
| 1. | _____ |
| 2. | _____ |
| 3. | _____ |
| 4. | _____ |
| 5. | _____ |

Vorversicherung/Vorschäden

- Besteht zur Zeit ein gleichartiger Vertrag bei einem anderen Versicherer? ja nein
 Wenn ja, Ablauf des Vertrages: _____ Versicherer: _____
- Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert? ja nein
Mit einer Anfrage bei dem/den Vorversicherer(n) bin ich einverstanden. ja nein
- Ist das MVZ der eine der dort tätigen Personen 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: _____
- Höhe der vom Versicherer hierauf geleisteten Entschädigungen EUR: _____
- Reserven zu noch offenen Fällen EUR: _____

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