

Risikoanalyse für die Nebentätigkeit von Assistenzärzten ohne Gebietsbezeichnung

Name und Anschrift des Interessenten: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____ Internet: _____

Zuständige Kammer: _____

Beschäftigungsverhältnis

- Dienstherr/Arbeitgeber: Krankenhaus Behörde zurzeit ausschließliche freiberufliche Tätigkeit
 Reha-/Kurklinik Niedergelassener Arzt
- Dienstliche Tätigkeit
 ambulante konservative Tätigkeit (ohne die Vornahme von operativen/endoskopischen Eingriffen)
 ambulante operative Tätigkeit
 ambulante und stationäre Tätigkeit

Gewünschte zu versichernde freiberufliche Nebentätigkeit

- Welcher Facharzt wird angestrebt? _____
- Geplante Facharztprüfung? _____
- Beginn der Facharzt Ausbildung? _____
- Häufigkeit der freiberuflichen Nebentätigkeit: _____ / _____ Tage/Stunden pro Monat
- Ort der freiberuflichen Nebentätigkeit: _____
- Art der freiberuflichen Nebentätigkeit: _____
- Ambulanter Sektor
 eigene Praxis, bitte Art der Nebentätigkeit angeben: _____
 fremde Praxis, bitte Art der Nebentätigkeit angeben: _____
 - Werden Praxisvertretungen geleistet? ja nein
 Falls ja: Anzahl Tage pro Monat: _____ Fachgebiet des zu vertretenen Arztes: _____
 nur ambulante konservative Tätigkeit ambulant-operative Tätigkeit ambulante und stationäre Tätigkeit
- Stationärer Sektor
 Krankenhaus Reha-/Kurklinik Belegklinik Sonstiges: _____
 - Werden OP-Dienste geleistet? ja nein
 Falls ja: als assistierender Arzt als Operateur (nicht weisungsgebunden)
 - Werden Tätigkeiten in der Notfallambulanz durchgeführt?
 Falls ja, bitte detaillierte Angabe: _____
 - Werden in psychiatrischen Kliniken medikamentöse Behandlungen durchgeführt? ja nein
- Sind Sie in Ausübung der freiberuflichen Nebentätigkeit weisungsgebunden? ja nein

- Werden Bereitschafts-, Stations-, Nacht- oder Wochenenddienste geleistet? ja nein
 Falls ja: - ist ein Facharzt vor Ort? ja nein
 - ist ein Facharzt in Rufbereitschaft? ja nein
- Werden notärztliche Tätigkeiten durchgeführt? ja nein
 Falls ja: als Haupttätigkeit als Nebentätigkeit als Leitender Notarzt (LNA)
- Werden ärztliche Gutachten erstellt?
 Falls ja: Gutachten ohne Operationsempfehlung Gutachten einschließlich Operationsempfehlung

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

Besonderheiten

- Werden Tätigkeiten im Ausland erbracht oder sind Sie im Ausland operativ oder stationär tätig? ja nein
 Falls ja, bitte benutzen Sie unseren Ergänzungsbogen 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:

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 schadenersatzpflichtig 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 und Hersteller:

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

Die Janitos Versicherung AG ist allein die vertragsführende Stelle.

Alleiniger Risikoträger und Hersteller ist die HDI Versicherung AG, HDI-Platz 1, 30659 Hannover. Diese ist auch für die Bearbeitung der Schadenfälle im Bereich der Berufshaftpflichtversicherung zuständig.