



**Senden Sie diesen Antrag bitte zurück! - einfach per Fax, Mail oder Post**

innoforma® GmbH | Zum Eistruper Feld 9 | 49143 Bissendorf | Telefon: 05402 985599-0 | Fax: 05402 985599-1 | E-Mail: kontakt@innoforma.de

## Risikoanalyse für Humanmediziner

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

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

E-Mail: \_\_\_\_\_ Vermittler-Nr.: \_\_\_\_\_

### Ärzte in der Ausbildung

Medizinstudent im Praktischen Jahr (MPJ)  Assistenzarzt (in der Weiterbildung zum Facharzt)

#### Gewünschter Versicherungsumfang:

dienstliche Tätigkeit und gelegentlich außerdienstliche Tätigkeit  zusätzliche freiberufliche Tätigkeit (s. Punkt „Sonstige ärztl. Risiken“)

### Angestellter Facharzt

■ Facharztbezeichnung: \_\_\_\_\_

■ Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

■ Dienststellung:  Chefarzt/leitender Arzt  Oberarzt  Facharzt, Assistenzarzt

■ Dienstherr/Arbeitgeber:  Krankenhaus  Reha-/Kurklinik  Behörde  Niedergelassener Arzt

■ Gewünschter Versicherungsumfang (auch mehrere gleichzeitig möglich):

dienstliche Tätigkeit

freiberufliche ambulante konservative Tätigkeit (ohne die Vornahme von operativen/endoskopischen Eingriffen)

freiberufliche ambulante operative Nebentätigkeit

freiberufliche ambulante und stationäre Nebentätigkeit

gelegentliche außerdienstl. ambulante Tätigkeit einschl. Praxisvertretungen (weiterer Punkt „Sonstige ärztliche Risiken“)

gelegentliche außerdienstliche ambulante Tätigkeit ohne Praxisvertretungen

Ärztliches Restrisiko – Basisdeckung (Erste-Hilfe-Leistungen, Behandlung im Verwandten- und Bekanntenkreis, Notfallbehandlung)

### Niedergelassene Ärzte

in eigener Praxis  nicht in eigener Praxis (Umfang bitte bei Punkt „Sonstige ärztliche Risiken“ angeben)

Datum der Erstniederlassung: \_\_\_\_\_

Facharztbezeichnung: \_\_\_\_\_

Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

Firmieren Sie als:  Praxisklinik  Tagesklinik/amb. OP-Zentrum

Besteht eine Praxismgemeinschaft?  nein  ja, Name Praxenpartner: \_\_\_\_\_

Besteht eine Gemeinschaftspraxis?  nein  ja, Name Praxenpartner: \_\_\_\_\_

Besteht eine Partnerschaftsgesellschaft?  nein  ja, Name Praxenpartner: \_\_\_\_\_

Ist der Praxenpartner auch bei HDI-Gerling versichert?  nein  ja, Vers.-Schein-Nr.: \_\_\_\_\_

Gibt es angestellte Ärzte?  ja  nein

Falls ja, Anzahl und Fachrichtungen: \_\_\_\_\_

Sind Sie Inhaber/Teilhaber in einem MVZ?  ja  nein  
(Absicherung des gesamten MVZ erforderlich, s. eigener Fragebogen.)



## Senden Sie diesen Antrag bitte zurück! - einfach per Fax, Mail oder Post

innofima® GmbH | Zum Eistruper Feld 9 | 49143 Bissendorf | Telefon: 05402 985599-0 | Fax: 05402 985599-1 | E-Mail: kontakt@innofima.de

### ■ Art der Behandlung

#### ambulante Behandlung

- Werden ambulante Operationen vorgenommen?  ja  nein
- Werden endoskopische Eingriffe vorgenommen?  ja  nein
- Werden laserchirurgische Behandlungen vorgenommen?  ja  nein
- Werden intraartikuläre Injektionen oder Gelenkpunktionen vorgenommen?  ja  nein
- Werden kosmetische Eingriffe vorgenommen? (s. Folgeseite)  ja  nein
- Besteht ein Konsiliararztvertrag mit einem Krankenhaus zur operativen Behandlung von stationären Patienten?  ja  nein

#### ambulante und stationäre Behandlung

Belegbetten, Anzahl: \_\_\_\_\_

Outsourcing eines gesamten Krankenhausbereiches (bitte Kooperationsvertrag mit dem Krankenhaus einreichen)

### ■ Nur für **Gynäkologen**:

- Wird aktive Geburtshilfe ausgeführt?  ja  nein
- Wird künstliche Insemination vorgenommen?  ja  nein
- Werden DEGUM-Stufe-III-Untersuchungen vorgenommen?  ja  nein
- Unterhalten Sie ein zytologisches Labor für fremde Zwecke?  ja  nein

Wenn ja, Anzahl der im Labor tätigen Personen: \_\_\_\_\_

### ■ Nur für **rehabilitative und physikalische Medizin**:

- Gibt es angestellte Heilnebenberufler?  ja  nein
- Gibt es freiberuflich tätige Heilnebenberufler?  ja  nein

### ■ Nur für **Nephrologen**:

Anzahl Dialysegeräte: \_\_\_\_\_ Anzahl Akutdialysegeräte: \_\_\_\_\_

### ■ Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Sonstige ärztliche Risiken

#### Praxisvertretungen

Fachgebiet: \_\_\_\_\_ Anzahl Monate p. a.: \_\_\_\_\_

nur ambulante konservative Tätigkeit  ambulante-operative Tätigkeit  ambulante und stationäre Tätigkeit

#### Freiberufliche Tätigkeit als Notar

als Haupttätigkeit  als Nebentätigkeit  als Leitender Notar (LNA)

#### Ärztlicher Gutachter

Gutachten ohne Operationsempfehlung  Gutachten einschließlich Operationsempfehlung

#### Gelegentliche ärztliche Tätigkeit als Ruheständler

ohne Praxisvertretungen  einschließlich Praxisvertretungen

#### Medizinisches Laboratorium für fremden Bedarf (Versicherungsschutz wird nur solchen Laboratorien geboten, die keine Pränataldiagnostik, Fruchtwasseruntersuchungen usw. vornehmen)

Anzahl Inhaber: \_\_\_\_\_

Anzahl weiterer Ärzte, Chemiker, Biologen, Apotheker: \_\_\_\_\_

Anzahl Laboranten, med.-technische Assistenten: \_\_\_\_\_

#### Sonstiges: \_\_\_\_\_



## Senden Sie diesen Antrag bitte zurück! - einfach per Fax, Mail oder Post

innoforma® GmbH | Zum Eistruper Feld 9 | 49143 Bissendorf | Telefon: 05402 985599-0 | Fax: 05402 985599-1 | E-Mail: kontakt@innoforma.de

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

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

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| ■ Brustkorrekturen                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ■ Liposuktionsbehandlungen (Fettabsaugungen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ■ Bauchdeckenplastik                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ■ Gesäß- und Reithosenplastik                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ■ Operative Komplett-Face-Liftings           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ■ Intimoperationen                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> 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.

### Auslandsschäden

- Werden ärztliche Tätigkeiten im Ausland ausgeführt?  ja  nein
- Geltungsbereich:  weltweit  Europa Umfang Tage pro Jahr: \_\_\_\_\_
- Besteht eine Zweitpraxis im Ausland?  nein  ja, in: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- Betreuen Sie, Prominente, Profisportler, Bundesliga- und/oder Nationalmannschaften?  ja  nein  
Falls ja, bitte detaillierte Angaben: \_\_\_\_\_

### Ansprüche nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG)

- Die Mitversicherung von Ansprüchen nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) wird gewünscht  ja  nein

Wenn ja, Anzahl der im Betrieb beschäftigten Personen: \_\_\_\_\_

Deckungssumme:  100.000 €  250.000 € pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

### Privat-Haftpflichtversicherung

- Die Mitversicherung der Privathaftpflicht wird gewünscht  ja  nein

### Vorversicherung/Vorschäden

- Name des Vorversicherers und Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_  
Ablauf des Vorvertrages: \_\_\_\_\_

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  
Falls ja, Anzahl der Schäden: Personenschäden: \_\_\_\_\_ Sachschäden: \_\_\_\_\_ Vermögensschäden: \_\_\_\_\_
- Zahlungen €: \_\_\_\_\_
- Reserven zu noch offenen Fällen \_\_\_\_\_
- Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert?  ja  nein
- Wurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt?  ja  nein

**Senden Sie diesen Antrag bitte zurück! - einfach per Fax, Mail oder Post**

innofima® GmbH | Zum Eistruper Feld 9 | 49143 Bissendorf | Telefon: 05402 985599-0 | Fax: 05402 985599-1 | E-Mail: kontakt@innofima.de

**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 \_\_\_\_\_

**innofima GmbH**Zum Eistruper Feld 9 · 49143 Bissendorf  
Tel. 01803 / 88 77 66 · Fax 01803 / 88 77 55  
kontakt@innofima.de · www.innofima.de