



**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 Konsiliararzt stationär

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

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

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

### Grundtätigkeit

- Facharztbezeichnung: \_\_\_\_\_
  - Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_
  - Niederlassungsdatum: \_\_\_\_\_
  - Arzt in freier Praxis
    - ambulant konservativ behandelnd (ohne Operationen und endoskopische Eingriffe)
    - ambulant operativ behandelnd
    - ambulant und stationär behandelnd (5 Belegbetten sind prämienfrei mitversichert)
- Anzahl weiterer Belegbetten: \_\_\_\_\_

### Konsiliarärztliche Tätigkeit

- Häufigkeit der konsiliarärztlichen Tätigkeit: \_\_\_\_\_ x pro Monat.
    - Es besteht ein Kooperationsvertrag mit dem Krankenhaus und ein regelmäßiger Einsatz.
    - Es finden spontane Anforderungen durch die Klinik statt.
  - Krankenhaus, für das die Konsilien durchgeführt \_\_\_\_\_
  - Fachbereich/Spezialgebiet, in dem die Konsilien \_\_\_\_\_
  - Wird ein in dem Krankenhaus fehlender Spezialist vollständig durch Sie ersetzt?  ja  nein
  - Werden ausschließlich Fachärzte gleicher Fachrichtung beraten?  ja  nein
- Wenn nein, Fachrichtungen auflisten: \_\_\_\_\_
- Wer schließt den Behandlungsvertrag mit dem Patienten?  das Krankenhaus  der Konsiliararzt
  - Umfang der Tätigkeit: \_\_\_\_\_
- ausschließlich beratende Tätigkeit ohne OP-Leistungen  therapeutische Tätigkeit inkl. OP-Leistungen

### 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