



Risikoanalyse für Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Name und Anschrift des Medizinischen Versorgungszentrums: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____ Vermittler-Nr.: _____

Rechtsform, Inhaber und Zulassung

■ Rechtsform: AG GmbH OHG KG GbR

■ Gründungsdatum: _____

■ Gesellschafter (Name und Fachrichtung): _____

■ Ärztliche Leitung und Fachrichtung: _____

■ Vertretene Fachrichtungen: _____

■ Nichtärztliche Bereiche:

Apotheken Anzahl der Personen: _____

Ambulanter Krankenpflagedienst Anzahl der Personen: _____

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:

Fachrichtung: _____ Anzahl: _____

Fachrichtung: _____ Anzahl: _____

Fachrichtung: _____ Anzahl: _____

Fachrichtung: _____ Anzahl: _____

Tätigkeitsumfang

ambulante Behandlung

■ Werden ausschließlich ambulante konservative Behandlungen vorgenommen? ja nein
(ohne operative und endoskopische Eingriffe)

■ Werden ambulante operative Behandlungen 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

■ Wird aktive Geburtshilfe vorgenommen? ja nein



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

- Gynäkologen:
 - Wird künstliche Insemination vorgenommen? ja nein
 - Werden DEGUM-Stufe-III-Untersuchungen vorgenommen? ja nein
 - Unterhalten Sie ein cytologisches Labor für fremde Zwecke? ja nein
- Kinderärzte: Werden U1- und U2-Untersuchungen im Krankenhaus vorgenommen? ja nein
- Nephrologen: Anzahl Dialysegeräte: _____ Anzahl Akutdialysegeräte: _____

- ambulante und stationäre Behandlung
- Belegbetten, Anzahl: _____
 - Konsiliarärztliche Tätigkeit im Krankenhaus (Umfang bzw. ggf. Kooperationsvertrag einreichen)? ja nein
 - Outsourcing eines gesamten Krankenhausbereiches (bitte Kooperationsvertrag einreichen)? ja nein
- Sonstiges: _____
- _____
- _____

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/operativ, stationär etc.)
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 Versicherung AG 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

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: _____
- Betreuen Sie, Prominente, Profisportler, Bundesliga- und/oder Nationalmannschaften? ja nein
Falls ja, bitte detaillierte Angaben: _____



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

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 etc.)
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

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

- 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 oder eine der dort tätigen Personen in den letzten 5 Jahren schadensersatzpflichtig gemacht worden? ja nein
Falls ja, Anzahl der Schäden: Personenschäden: _____ Sach- _____ Vermögensschäden: _____
- Höhe der vom Versicherer hierauf geleisteten Entschädigungen €: _____
- Reserven zu noch offenen Fällen _____

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 _____



innoforma GmbH

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