



Risikoanalyse für Tageskliniken, Praxiskliniken, ambulante Operationszentren etc.

Name und Anschrift der Klinik: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____ Vermittler-Nr.: _____

Rechtsform, Inhaber und Zulassung

- Inhaber/Betreiber: _____
- Name und Facharztbezeichnung: _____
- Rechtsform: GbR GmbH Sonstige: _____
- Gründungsdatum: _____
- Gesellschafter (Name und Fachrichtung): _____
- Ärztliche Leitung: _____
- Ärzte, deren Fachgebiet und Status – Inhaber/angestellte Ärzte/freiberuflich tätige Ärzte – (ggf. bitte Beiblatt benutzen):

- Personenanzahl des medizinischen Hilfspersonals: _____
- Gibt es Belegärzte? ja nein

Operationen

- Anzahl der OP-Räume: _____
- Anzahl der (Aufwach-) Betten: _____
- Höchstdauer der durchgeführten Operationen in Stunden: _____
- Maximale Verweildauer der Patienten: _____ Tage: _____
- Finden Übernachtungen statt? ja nein
Falls ja, Anzahl der Betten zur stationären Unterbringung: _____
- Die Anästhesisten sind: Inhaber angestellt freiberuflich tätig
- Wer übernimmt die postoperative Überwachung? _____

Behandlungsvertrag

- Der Behandlungsvertrag wird mit der Klinik geschlossen ja nein
- Der Behandlungsvertrag wird mit den Belegärzten geschlossen ja nein
- Der Behandlungsvertrag für die Anästhesien wird mit der Klinik geschlossen ja nein
- Der Behandlungsvertrag für die Anästhesien wird mit den Anästhesisten geschlossen ja nein

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



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

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

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.

Zusätzliche Einschlüsse

Folgende zusätzliche Risiken sollen mitversichert werden:

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

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 _____

