



Angestelltes Gesundheitsfachpersonal:	tätig als:	Anzahl:	Stunden pro Woche:
	tätig als:	Anzahl:	Stunden pro Woche:
	tätig als:	Anzahl:	Stunden pro Woche:
	tätig als:	Anzahl:	Stunden pro Woche:

### Angestellte Ärzte

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

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

Schwerpunktbezeichnung: \_\_\_\_\_

Sind Sie ermächtigter Arzt?  nein  ja  
 Wenn ja: Bitte nennen Sie uns den für Sie zuständigen Zulassungsausschuss und sofern vorhanden die Bezirksstelle.

Bei welcher Landes(zahn)ärztekammer sind Sie Mitglied (Bundesland)? \_\_\_\_\_

**Angestellter Arzt in freier Praxis (eigenständige Absicherung):**

nur ambulant ohne operative Tätigkeit

nur ambulant mit operativer Tätigkeit

stationär und ambulant

**Ärzte im Dienst- oder Angestelltenverhältnis:**

Dienststellung:  Chefarzt/leitender Arzt  Oberarzt  Assistenzarzt

Dienstherr/Arbeitgeber:  Krankenhaus  Reha-/Kurklinik  Behörde

dienstlich (stationär und ambulant)

dienstlich (stationär und ambulant) und freiberuflich (ambulant ohne operative Tätigkeit)

dienstlich (stationär und ambulant) und freiberuflich (ambulant mit operativer Tätigkeit)

dienstlich und freiberuflich (stationär und ambulant)

freiberuflich (stationär und ambulant)

freiberuflich (ambulant ohne operative Tätigkeit)

freiberuflich (ambulant mit operativer Tätigkeit)

nur geringfügig außerdienstliche Tätigkeit

ärztliches Restrisiko – Basisdeckung (Erste-Hilfe-Leistungen, Behandlungen in Notfällen und im Verwandten- und Bekanntenkreis)

sonstiges: \_\_\_\_\_

### Ärzte/Zahnärzte in der Ausbildung

Medizinstudent im praktischen Jahr (MPJ),  
 Abschlussjahr: \_\_\_\_\_

Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt/Assistenz Zahnarzt in der Vorbereitungszeit  
 Abschlussjahr: \_\_\_\_\_  
 Angestrebte Facharztbezeichnung: \_\_\_\_\_

### Sonstige ärztliche Risiken

Werden folgende Behandlungen oder Eingriffe vorgenommen:

Kosmetische bzw. nicht medizinisch indizierte Behandlungen  nein  ja (bitte den ausgefüllten Fragebogen zu plastisch-ästhetischen Operationen/Eingriffen H 603 einreichen)

Endoskopische Eingriffe  nein  ja

Werden ärztliche Tätigkeiten im Ausland ausgeführt?  nein  ja

Falls ja: Umfang: \_\_\_\_\_ Tage pro Jahr: \_\_\_\_\_

Werden neben der zu versichernden Tätigkeit noch weitere ärztliche Tätigkeiten ausgeübt (z.B. paralleles Anstellungsverhältnis, stationäre Tätigkeit in einer Klinik etc.), die über andere Institutionen versichert sind (z.B. Betriebs-Haftpflichtversicherer des Krankenhauses)?  nein  ja

Falls ja, bitte die genaue Tätigkeit und den Namen der Klinik/Einrichtung, sowie den Namen des Versicherers angeben:

<input type="checkbox"/> Praxisvertretungen	Fachgebiet:	Anzahl der Monate p.a.:		
	<input type="checkbox"/> nur ambulant konservative Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ambulant-operative Tätigkeit		
	<input type="checkbox"/> ambulante und stationäre Tätigkeit			
<input type="checkbox"/> freiberufliche Tätigkeit als Notarzt:	<input type="checkbox"/> als Nebentätigkeit	<input type="checkbox"/> als Haupttätigkeit	<input type="checkbox"/> als leitender Notarzt (LNA)	
<input type="checkbox"/> Konsiliararzt/Häufigkeit:				
<input type="checkbox"/> Es besteht ein Kooperationsvertrag mit einem Krankenhaus mit regelmäßigen Einsätzen. (Bitte legen Sie eine Kopie des Vertrages bei.)				
<input type="checkbox"/> Es erfolgen spontane Anforderungen durch das Krankenhaus. (Bitte legen Sie eine Kopie des Vertrages bei)				
Krankenhaus, für welches die Konsilien stattfinden:				
Fachbereich/Spezialgebiet:				
Wird ein in dem Krankenhaus fehlender Spezialist vollständig durch Sie ersetzt?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Mit wem schließt der Patient den Behandlungsvertrag?		<input type="checkbox"/> Konsiliararzt	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	
<input type="checkbox"/> geringfügige ärztliche Tätigkeit (für Ärzte ohne Dienst- oder Anstellungsverhältnis)				
<input type="checkbox"/> ohne Praxisvertretung				<input type="checkbox"/> einschließlich Praxisvertretung
Dauer der Praxisvertretung:		<input type="checkbox"/> bis zu 3 Monate p.a.	<input type="checkbox"/> bis zu 6 Monate p.a.	<input type="checkbox"/> mehr als 6 Monate p.a.
<input type="checkbox"/> ärztliches Restrisiko (für Ärzte ohne Dienst- oder Anstellungsverhältnis) – Basisdeckung (Erste-Hilfe-Leistungen, Behandlungen in Notfällen und im Verwandten- und Bekanntenkreis)				

## Fachgebietsspezifika

### Augenheilkunde

Wird in der Praxis ein Handelsumsatz erzielt? (z.B. mit Kontaktlinsen oder Kontaktlinsenflüssigkeiten)  nein  ja

Wenn ja, in welcher Höhe?

Wird ein rechtlich eigenständiges Unternehmen unterhalten (z.B. Kontaktlinsenstudio oder Lasikzentrum)?  nein  ja  
(Eigener Betriebs-Haftpflichtvertrag erforderlich)

### Anästhesiologie

Liegt eine ausschließlich schmerztherapeutische Tätigkeit vor?  nein  ja

### Dermatologie

Wird in der Praxis ein Handelsumsatz erzielt? (z.B. mit Kosmetika oder Pflegeprodukten)  nein  ja

Wenn ja, in welcher Höhe?

Wird ein rechtlich eigenständiges Unternehmen unterhalten (z.B. Kosmetikinstitut)?  nein  ja  
(Eigener Betriebs-Haftpflichtvertrag erforderlich)

### Medizinische Laboratorien

Wird ein medizinisches/zahntechnisches Laboratorium für fremden Bedarf unterhalten?  nein  ja  
(Eigener Betriebs-Haftpflichtvertrag erforderlich)

### Radiologie

Werden radiologische Befundungen für ein Krankenhaus übernommen?  nein  ja

### Zahnärzte

Werden ambulant dentale Implantate gesetzt?  nein  ja

## Gewünschter Deckungsumfang

classic  comfort

Deckungssummen:

3.000.000 € pauschal für Personen-, Sach-, und Vermögensschäden

5.000.000 € pauschal für Personen-, Sach-, und Vermögensschäden

7.500.000 € pauschal für Personen-, Sach-, und Vermögensschäden

10.000.000 € pauschal für Personen-, Sach-, und Vermögensschäden

Die Gesamtleitung des Versicherers für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres ist auf das Dreifache dieser Versicherungssumme begrenzt.

## Aufklärung

Erfolgt eine Aufklärung über die Risiken operativer Eingriffe?  nein  ja

Wie erfolgt die Aufklärung?  mündlich durch den behandelnden Arzt

schriftlich mithilfe  eigener Aufklärungsbögen

der Aufklärungsbögen von »Diomed« oder »ProCompliance«

des Aufklärungssystems von Synmedico (infoskop)

## Vorversicherung

bei der ALTE LEIPZIGER, Versicherungs-Nr.:

anderweitig, Name des Versicherers und VS-Nr.:

keine Vorversicherung:

Sind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden?  Ja: Anzahl der Schäden und Aufwendungen:  nein  
(Bitte das Schadenmeldedatum angeben.)

**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.**

**Bitte beachten Sie: Bei einer Falschangabe ist der Versicherer zum Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung berechtigt.**

Kündigung durch Versicherungsnehmer

Kündigung durch Versicherer

Grund der Kündigung:

## Vorversicherung/Vorschäden

Name des Vorversicherers und Versicherungs-Nr.:

Ablauf des Vorvertrages:

Es bestand bisher keine Vorversicherung.

Sind Sie in den letzten 5 Jahren schadensersatzpflichtig gemacht worden?  nein  ja

Meldejahr

Zahlung €

Schadenhergang

Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert?  nein  ja

Wurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt?  nein  ja

## Weitere Versicherungen

Besteht über Ihren Arbeitgeber/Dienstherren bereits Versicherungsschutz?  nein  ja

(Falls ja, besteht Deckung über die hier versicherte dienstliche Tätigkeit, sofern die Deckung über den Arbeitgeber/Dienstherren aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat entfällt.)

## Wichtiger Hinweis:

**Dieser Fragebogen dient der Ermittlung tätigkeitsbezogener Daten zur Erstellung eines Angebotes und wird Grundlage des Vertrages. 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. Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass der Versicherer zum Zwecke der Antragsprüfung eine Anfrage beim Vorversicherer bezüglich des Vorschadenverlaufs und der allgemeinen Risikodaten (Versicherungssummen, Versicherungsorte) vornehmen darf. Der Versicherer wird dabei alle rechtlichen Vorschriften hinsichtlich seines Auskunftersuchens beachten.**

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Bevollmächtigten (bei MVZ, GmbHs etc.)

Die Sachversicherung im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern