

Risiko- und Beitragsermittlungs-Fragebogen für Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

VD	Agt.-Nr.	Vermittler	Verbund-Vermittler-Nr.	Versicherungsschein-Nr.	
Versicherungsnehmer (VN)					
Name des MVZ					
Straße, Nr.			PLZ, Ort		
Telefon tagsüber ¹			Mobil ¹		
Fax/E-Mail ¹			Internetadresse ¹		
A Allgemeine Informationen					
1.	Rechtsform:	<input type="checkbox"/> GmbH	<input type="checkbox"/> AG	<input type="checkbox"/> Partnerschaft nach PartGG	
		<input type="checkbox"/> GbR	<input type="checkbox"/> OHG	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	
2.	Träger/Gesellschafter:				
3.	Ärztlicher Leiter:				
	Bei welcher Landes(zahn)ärztekammer ist der ärztliche Leiter des MVZ Mitglied (Bundesland)?				
	Hat der ärztliche Leiter einen Vertragsarztsitz? Wenn Ja, nennen Sie uns bitte den für den ärztlichen Leiter zuständigen Zulassungsausschuss und sofern vorhanden die Bezirksstelle:				
4.	Das MVZ besteht seit:				
5.	Werden weitere Betriebsstätten unterhalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl: _____				
B Ärztlicher Tätigkeitsbereich – Allgemeines					
6.	Arbeiten Honorarärzte für das MVZ?				
	<input type="checkbox"/> nein				
	<input type="checkbox"/> ja	Anzahl und Einsatzbereich der Honorarärzte:			
7.	Wird eine Tagesklinik/OP-Zentrum betrieben?			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Beschreibung/Art:				
8.	Sind Aufwachbetten vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl: _____				
9.	Werden auch stationäre Behandlungen vorgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl der Belegbetten: _____				

¹⁾ Freiwillige Angabe

10.	Bei Fachrichtung Radiologie: Ist einer der Inhaber oder angestellten Ärzte als (stellvertretender) programmverantwortlicher Arzt im Rahmen des Mammographie-Screening-Programmes tätig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	Falls ja, bitte den Namen des Arztes angeben:			
	Falls hierfür Versicherungsschutz gewünscht wird, bitte separaten Fragebogen H 617 einreichen.			
11.	Übernehmen Sie die Funktion eines Krankenhausbereiches? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kooperationsvertrag einreichen)			
12.	Werden kosmetische Eingriffe vorgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte je Arzt ausgefüllten Fragebogen zu plastisch-ästhetischen Operationen/Eingriffen H 603 einreichen)			
	Hinweis: Tätigkeiten, welche nicht im Rahmen des MVZ erfolgen, müssen gesondert vereinbart werden.			
C Laboratorien? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
13.	Art der Labortätigkeit: <input type="checkbox"/> medizinisch/biologisch <input type="checkbox"/> pharmazeutisch <input type="checkbox"/> chemisch <input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte nachstehend beschreiben:			
14.	Erfolgen Untersuchungen auch für Fremdbedarf?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
15.	Werden folgende Untersuchungen durchgeführt? <input type="checkbox"/> Pränataldiagnostik <input type="checkbox"/> Fruchtwasseranalysen <input type="checkbox"/> humangenetische Untersuchungen			
16.	Erfolgt die Herstellung von Produkten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
17.	a) Anzahl der Biologen/Chemiker/Apotheker, die ausschließlich im Labor tätig sind (Ärzte bitte unter G aufnehmen): _____			
	b) Anzahl des sonstigen Laborpersonals (Laboranten): _____			
	Ergänzungen:			
D Dialyse <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
18.	a) Anzahl des Medizinischen Hilfspersonals in der Dialyse (Ärzte bitte unter G aufnehmen): _____			
	b) Anzahl der vorhandenen Dialysegeräte: _____			
E Ambulante Pflege <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
19.	a) Anzahl der im Bereich der Grund- und Behandlungspflege tätigen Personen: _____			
	b) Anzahl der im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung tätigen Personen: _____			
F Sonstige Versorgungsleistungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
<input type="checkbox"/>	Dipl. Psychologen	Anzahl:	<input type="checkbox"/> Logopäden	Anzahl:
<input type="checkbox"/>	Dipl. Psychotherapeuten	Anzahl:	<input type="checkbox"/> Motopäden	Anzahl:
<input type="checkbox"/>	Physiotherapeuten	Anzahl:	<input type="checkbox"/> Sprach-/Atemtherapeuten	Anzahl:
<input type="checkbox"/>	Krankengymnasten	Anzahl:	<input type="checkbox"/> Ernährungsberater	Anzahl:
<input type="checkbox"/>	Ergotherapeuten	Anzahl:	<input type="checkbox"/> med. Fußpfleger	Anzahl:
<input type="checkbox"/>	Bandagisten	Anzahl:	<input type="checkbox"/> Chirurgiemechaniker	Anzahl:
<input type="checkbox"/>	Orthopädietechniker	Anzahl:	<input type="checkbox"/> Epithetiker	Anzahl:
<input type="checkbox"/>	Orthopädieschuhmacher	Anzahl:	<input type="checkbox"/> Apotheker ²	Anzahl:
<input type="checkbox"/>		Anzahl:	<input type="checkbox"/>	Anzahl:
<input type="checkbox"/>		Anzahl:	<input type="checkbox"/>	Anzahl:
Ergänzungen zu A bis F				

²⁾ sofern nicht bereits unter C, Ziffer 17, erfasst

G Ärztlicher Bereich – Übersicht

Lfd. Nr.	Name des Arztes Landes(zahn)ärztekammer, ggf. Zulassungsausschuss*	Eigener Vertragsarztsitz als:	Gebietsbezeichnung/ Facharztbezeichnung	leitend/angestellt	Facharzt seit	Eigene Zulassung	Wochenstunden ³	Umfang der Tätigkeit für das MVZ		Vorschäden (Siehe folgende Übersicht)
		<input type="checkbox"/> Vertragsarzt <input type="checkbox"/> ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> kein eigener Vertragsarztsitz				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ambulant ohne OP <input type="checkbox"/> ambulant mit OP <input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> mit kosmetischer OP <input type="checkbox"/> konsiliarische Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> Vertragsarzt <input type="checkbox"/> ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> kein eigener Vertragsarztsitz				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ambulant ohne OP <input type="checkbox"/> ambulant mit OP <input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> mit kosmetischer OP <input type="checkbox"/> konsiliarische Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> Vertragsarzt <input type="checkbox"/> ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> kein eigener Vertragsarztsitz				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ambulant ohne OP <input type="checkbox"/> ambulant mit OP <input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> mit kosmetischer OP <input type="checkbox"/> konsiliarische Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> Vertragsarzt <input type="checkbox"/> ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> kein eigener Vertragsarztsitz				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ambulant ohne OP <input type="checkbox"/> ambulant mit OP <input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> mit kosmetischer OP <input type="checkbox"/> konsiliarische Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> Vertragsarzt <input type="checkbox"/> ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> kein eigener Vertragsarztsitz				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ambulant ohne OP <input type="checkbox"/> ambulant mit OP <input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> mit kosmetischer OP <input type="checkbox"/> konsiliarische Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> Vertragsarzt <input type="checkbox"/> ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> kein eigener Vertragsarztsitz				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ambulant ohne OP <input type="checkbox"/> ambulant mit OP <input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> mit kosmetischer OP <input type="checkbox"/> konsiliarische Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> Vertragsarzt <input type="checkbox"/> ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> kein eigener Vertragsarztsitz				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ambulant ohne OP <input type="checkbox"/> ambulant mit OP <input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> mit kosmetischer OP <input type="checkbox"/> konsiliarische Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> Vertragsarzt <input type="checkbox"/> ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> kein eigener Vertragsarztsitz				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ambulant ohne OP <input type="checkbox"/> ambulant mit OP <input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> mit kosmetischer OP <input type="checkbox"/> konsiliarische Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> Vertragsarzt <input type="checkbox"/> ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> kein eigener Vertragsarztsitz				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ambulant ohne OP <input type="checkbox"/> ambulant mit OP <input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> mit kosmetischer OP <input type="checkbox"/> konsiliarische Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> Vertragsarzt <input type="checkbox"/> ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> kein eigener Vertragsarztsitz				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ambulant ohne OP <input type="checkbox"/> ambulant mit OP <input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> mit kosmetischer OP <input type="checkbox"/> konsiliarische Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> Vertragsarzt <input type="checkbox"/> ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> kein eigener Vertragsarztsitz				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ambulant ohne OP <input type="checkbox"/> ambulant mit OP <input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> mit kosmetischer OP <input type="checkbox"/> konsiliarische Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> Vertragsarzt <input type="checkbox"/> ermächtigter Arzt <input type="checkbox"/> kein eigener Vertragsarztsitz				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ambulant ohne OP <input type="checkbox"/> ambulant mit OP <input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> mit kosmetischer OP <input type="checkbox"/> konsiliarische Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

*Wenn ein eigener Vertragsarztsitz ausgewählt wurde: Bitte benennen Sie den jeweiligen Zulassungsausschuss und sofern vorhanden die Bezirksstelle.

³) Dienstvertraglich vereinbarte wöchentliche Regelarbeitszeit der angestellten Ärzte

H Konsiliarische Tätigkeit der Ärzte des MVZ

Lfd. Nr.	Name des Arztes	Konsiliarischer Tätigkeitsbereich	Tätigkeitsumfang	Vertragsdaten (ggf. bitte Kopie des Konsiliararztvertrages einreichen)
		<input type="checkbox"/> ambulant ohne OP <input type="checkbox"/> ambulant mit OP <input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> beratend ohne OP <input type="checkbox"/> beratend mit OP <input type="checkbox"/> behandelnd	Vertragspartner: Ausstellungsdatum des Vertrages:
		<input type="checkbox"/> ambulant ohne OP <input type="checkbox"/> ambulant mit OP <input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> beratend ohne OP <input type="checkbox"/> beratend mit OP <input type="checkbox"/> behandelnd	Vertragspartner: Ausstellungsdatum des Vertrages:
		<input type="checkbox"/> ambulant ohne OP <input type="checkbox"/> ambulant mit OP <input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> beratend ohne OP <input type="checkbox"/> beratend mit OP <input type="checkbox"/> behandelnd	Vertragspartner: Ausstellungsdatum des Vertrages:
		<input type="checkbox"/> ambulant ohne OP <input type="checkbox"/> ambulant mit OP <input type="checkbox"/> ambulant und stationär	<input type="checkbox"/> beratend ohne OP <input type="checkbox"/> beratend mit OP <input type="checkbox"/> behandelnd	Vertragspartner: Ausstellungsdatum des Vertrages:

I Vorschadenübersicht – maßgeblich sind die letzten 5 abgeschlossenen Jahre

Lfd. Nr.	Name des Arztes	Vorversicherer/Vs-Nr.	Schadenjahr	Schadenanzahl	Zahlung	Reserve	Ursache	Ablauf	Kündigung durch
									<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Versicherer
									<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Versicherer
									<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Versicherer
									<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Versicherer
									<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Versicherer

Besonderer Hinweis **Dieser Fragebogen dient zur Ermittlung betriebsbezogener Daten zur Erstellung einer Angebotsanforderung und wird Grundlage des Vertrages. Die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes werden beachtet.**

Ort/Datum	Kunde	Vermittler

Die Sachversicherung im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern