BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTINNEN UND ANÄSTHESISTEN

Versicherungsbedarf für niedergelassene Ärzte / Honorarärzte

Fragebogen

Bitte zurücksenden an:

Funk Hospital-Vers.makler GmbH
Funk Ärzte Service
Valentinskamp 20
20354 Hamburg

E-Mail: faes@funk-gruppe.de

☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers BDA-Mitglieds-Nr.

Name, Vorname Geburtsdatum

Anschrift

A. Sind Sie niedergelassene*r Arzt*in? ☐ ja ☐ nein

1. Sind Sie ambulant tätig? ☐ ja ☐ nein
2. Betreuen Sie stationär aufgenommene Patienten? ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, Umfang der stationären Tätigkeit _____ Tage/Monat
3. Gibt es einen Konsiliararzt-/Kooperationsvertrag mit Kliniken? ☐ ja ☐ nein
4. Sind Sie ausschließlich schmerztherapeutisch tätig? ☐ ja ☐ nein
5. Sind Sie an Schönheitsoperationen beteiligt? ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, ☐ als Anästhesist*in? ☐ als Operateur*in?
6. Sind Sie in Einzelpraxis tätig? ☐ ja ☐ nein
7. Sind Sie tätig in ☐ Gemeinschaftspraxis ☐ Praxisgemeinschaft ☐ Partnerschaftsgesellschaft? ☐ ja ☐ nein
   mit:
8. Betreiben Sie ☐ ein OP-Zentrum oder ☐ eine Tagesklinik? ☐ ja ☐ nein
9. Anzahl der Betreibenden? _____ ggf. Namen der Mitarbeitenden:
10. Betreiben Sie ☐ ein MVZ oder ☐ eine Klinik nach § 30 GewO? ☐ ja ☐ nein
11. Es handelt sich um ☐ Praxisneugründung ☐ Praxisübernahme ☐ Praxiseinstieg ☐ ja ☐ nein
    Niedergelassen seit:
12. Sind Sie zusätzlich als **Honorararzt*in** tätig? ☐ ja ☐ nein
    Wenn ja, ☐ ambulant ☐ stationär
    Die Tätigkeit wird maximal an _____ Tagen jährlich ausgeübt.

B. Sind Sie als Honorararzt*in (ohne KV-Zulassung und ohne eigene Praxis) tätig? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, ☐ ambulant ☐ stationär

Die Tätigkeit wird maximal an _____ Tagen jährlich ausgeübt.

Stand 03/2025

BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTINNEN UND ANÄSTHESISTEN

Versicherungsbedarf für niedergelassene Ärzte / Honorarärzte

Fragebogen

C. Üben Sie weitere sonstige Tätigkeiten, ggf. auch im Ausland, aus?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, bitte näher erläutern (z. B. Umfang u. Art der Tätigkeit, Land der Tätigkeit)

D. Berufshaftpflichtversicherung

1. Bei welcher Gesellschaft und unter welcher Nummer besteht derzeit eine Berufshaftpflichtversicherung?

2. Gibt es in den letzten fünf Jahren angemeldete oder abgeschlossene Schadensfälle? ☐ ja ☐ nein

   Falls ja, bitte näher erläutern:

Mit der Übermittlung meiner Daten an den BDA zwecks Prüfung der Mitgliedschaft bin ich einverstanden.

Ort, Datum **Unterschrift**

Formular zurücksetzen Formular drucken