

## Fragebogen: Versicherungsbedarf für angestellte Ärzte

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

- A. Sind Sie als Arbeitnehmer / Beamter in einem Krankenhaus tätig?**
- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - leitender Abteilungsarzt (Chefarzt), Kliniks- oder Institutsdirektor | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Oberarzt/Funktionsoberarzt   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Assistenzarzt mit Gebietsbezeichnung                                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Assistenzarzt ohne Gebietsbezeichnung                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Sind Sie bei einem niedergelassenen Arzt oder in einem MVZ angestellt?  ja  nein

- B. Besteht Versicherungsschutz über den Krankenhausträger / Praxisinhaber/MVZ für den dienstlichen Aufgabenbereich?\***  ja  nein

Wenn ja,

1. ist die grobe Fahrlässigkeit mitversichert?  ja  nein
2. Kann der Versicherer/Arbeitgeber Sie bei fahrlässigem Handeln in Regress nehmen?  ja  nein

Wenn ja,

- a. ist der Regress bereits bei normaler (=mittlerer) Fahrlässigkeit möglich?  ja  nein
- b. oder ist ein Regress *nur bei grober Fahrlässigkeit* möglich?  ja  nein  
(z.B. § 3 Abs. 4 TV-Ärzte/VKA, § 3 Abs. 5 TV-Ärzte/TdL, § 3 Abs. 6f TVöD, § 5 Abs. 5 AVR Caritas, § 14 BAT)
3. Falls Ihnen das Liquidationsrecht für wahlärztliche Leistungen im Rahmen der Dienstaufgaben eingeräumt ist: Ist diese Tätigkeit mitversichert?  ja  nein

**C. Nebentätigkeiten:** Üben Sie eine Nebentätigkeit aus in dem Bereich

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. stationäre wahlärztliche Behandlung/Begutachtung   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. ambulante Untersuchungen/Behandlungen  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Gutachten (Anzahl der Gutachten: _____/jährlich)   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. falls Sie an der Nebentätigkeit eines anderen Arztes mitwirken:<br>Sind Sie dafür durch den Arbeitgeber/den leitenden Arzt versichert?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Notarztdienst (Anzahl der Dienste: _____/monatlich)  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Honorararzt (ohne eigene Praxis und ohne KV-Zulassung)<br>=> Honorarärztlich an max _____ Tagen/jährlich tätig, <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. andere ärztliche Tätigkeit: _____  |                             |                               |

**D. Üben Sie Nebentätigkeiten im europäischen Ausland aus?**  ja  nein

1. In welchem europäischen Land werden Sie tätig? \_\_\_\_\_
2. Art der Tätigkeit (z.B. Notarzt)? \_\_\_\_\_  ambulant  stationär
3. Dauer der ärztl. Tätigkeit im Ausland: Anzahl d. Tage \_\_\_\_\_ /  monatlich  jährlich

**E. Deckungssummen** der bestehenden Versicherung bei Tätigkeiten nach A-D (pro Schadensfall)\*

Personenschäden: \_\_\_\_\_ Mio.€, Sachschäden: \_\_\_\_\_ €, Vermögensschäden: \_\_\_\_\_ €

**F. Grundlagen** der bestehenden Versicherung bei Tätigkeiten nach A-D\*:

1. Gilt die Schadenereignistheorie  oder die Claim-made-Theorie
2. Ist eine Selbstbeteiligung vereinbart?  ja  nein

\* bitte beim Arbeitgeber nachfragen