

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"/> 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 Krankenträger / 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, § 5 Abs. 5 AVR Caritas)

3. Falls Ihnen das Liquidations-/Beteiligungsrecht 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 ja nein

2. ambulante Untersuchungen/Behandlungen ja nein

3. Gutachten (Anzahl der Gutachten: _____/jährlich) ja nein

4. falls Sie an der Nebentätigkeit eines anderen Arztes mitwirken:

Sind Sie dafür durch den Arbeitgeber/den leitenden Arzt versichert? ja nein

5. Notarzdienst (Anzahl der Dienste: _____/monatlich) ja nein

6. Honorararzt (ohne eigene Praxis und ohne KV-Zulassung) ja nein

=> Honorarärztlich an max ____ Tagen/jährlich tätig, ambulant stationär

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 (bitte beim Arbeitgeber nachfragen):

1. Gilt die Schadenereignistheorie oder die Claim-made-Theorie

2. Ist eine Selbstbeteiligung vereinbart? ja nein

Mit der Weiterleitung meiner Unterlagen an den Versicherungsmakler Funk & Söhne (Kooperationspartner des BDA) zwecks Prüfung und Angebotserstellung bin ich

einverstanden nicht einverstanden

Ort, Datum

Unterschrift