

Anlage 4

Mitglieds-Nr.: _____

Name: _____

Tel.: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Fax: _____

BDA-Versicherungsreferat
Roritzerstr. 27/IV

Per E-Mail:
versicherung@bda-ev.de

90419 Nürnberg

BDA-Haftpflichtversicherung für Gastärzte

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen meiner ärztlichen Tätigkeit werde ich

vom _____

bis: _____

am _____

(Bitte Termine angeben)

zur Erweiterung und Vertiefung meiner beruflichen Tätigkeiten bzw. zur Erlernung einer besonderen medizinischen Technik eine Hospitation absolvieren:

Fachbereich: _____

Name und Anschrift der Klinik: _____

Ich bestätige, dass ich unentgeltlich und nicht in hauptberuflicher Stellung an dieser Klinik weile, um die von mir erstrebten Fähigkeiten zu erlernen. Ich werde in der Klinik grundsätzlich keine ärztlichen Leistungen erbringen. Sollte ich ausnahmsweise selbst tätig werden, geschieht dies unter unmittelbarer und ständiger Aufsicht eines/einer erfahrenen Kollegen/Kollegin, damit diese/r sofort in den Behandlungsablauf eingreifen kann.

Ich bin Mitglied des BDA seit _____ und bitte um Bestätigung des subsidiären Versicherungsschutzes über die BDA-Gastarzthaftpflichtversicherung.

Damit eine weitere Bearbeitung/Deckungsbestätigung möglich ist, bin ich mit der Übermittlung dieser Daten/Informationen an die Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH (Kooperationspartner des BDA) einverstanden.

Datum

Unterschrift