

## Versicherungsbedarf für angestellte Ärzte

### Fragebogen

Bitte zurücksenden an:

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

E-Mail: [faes@funk-gruppe.de](mailto:faes@funk-gruppe.de)

Herr  Frau  Divers

BDA-Mitglieds-Nr. \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

#### A. Sind Sie als Arbeitnehmer\*in/Beamt\*in in einem Krankenhaus tätig?

ja  nein

› leitende\*r Abteilungsarzt\*in (Chefarzt\*in), Klinik- oder Institutsdirektor

ja  nein

› Oberarzt\*in/Funktionsoberarzt\*in

ja  nein

› Assistenzarzt\*in mit Gebietsbezeichnung

ja  nein

› Assistenzarzt\*in ohne Gebietsbezeichnung

ja  nein

Sind Sie bei einem/einer niedergelassenen Arzt/Ärztin oder in einem MVZ angestellt?

ja  nein

#### B. Besteht Versicherungsschutz über den Krankenhausträger / den/die Praxisinhaber\*in/das 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

(z. B. § 3 Abs. 4 TV-Ärzte/VKA, § 3 Abs. 5 TV-Ärzte/TdL, § 5 Abs. 5 AVR Caritas?)

ja  nein

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/einer anderen Ärztin mitwirken: Sind Sie dafür durch den/die Arbeitgeber\*in / den/die leitende Arzt\*in versichert?

ja  nein

5. Notarztdienst (Anzahl der Dienste monatlich: \_\_\_\_\_)

ja  nein

6. Honorararzt\*in (ohne eigene Praxis und ohne KV-Zulassung)

ja  nein

honorarärztlich an max. \_\_\_\_\_ Tagen jährlich tätig

ambulant

stationär

7. andere ärztliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

## Versicherungsbedarf für angestellte Ärzte

Fragebogen

---

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

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

---

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

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

---

**F. Grundlagen der bestehenden Versicherung bei Tätigkeiten nach A-D (bitte beim Arbeitgeber nachfragen)**

1. Gilt die  Schadenereignistheorie      oder die  Claims-made-Theorie?
2. Ist eine Selbstbeteiligung vereinbart?  ja  nein  
Wenn ja: Kann der Versicherer/Arbeitgeber Sie in Regress nehmen?  ja  nein

---

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

---

Ort, Datum

Unterschrift