

Mitglieds-Nr.: _____
Name: _____ Tel.: _____
Anschrift: _____
E-Mail: _____ Fax: _____

Funk Hospital-Vers.makler GmbH
Funk Ärzte Service
Postfach 30 17 60
20306 Hamburg

Per E-Mail:
faes@funk-gruppe.de

BDA-Haftpflichtversicherung für Gastarztstätigkeiten

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-Haftpflichtversicherung für Gastarztstätigkeiten.

Ich bin mit der Übermittlung dieser Daten und Informationen an den Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) einverstanden.

_____ Datum

_____ Unterschrift