

Mitglieds-Nr. \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

BDA-Versicherungsreferat  
Roritzerstr. 27/IV  
90419 Nürnberg

**Per E-Mail:**  
versicherung@bda-ev.de  
**Per FAX:**  
0911/3938195

### 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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Klinikname und -anschrift)

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 erfahrenen Kollegen, damit dieser 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 Hospitalversicherungsmakler GmbH einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift