

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"/> 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 Krankenhausträger / 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, § 3 Abs. 6f TVöD, § 5 Abs. 5 AVR Caritas, § 14 BAT)
3. Falls Ihnen das Liquidationsrecht 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 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. ambulante Untersuchungen/Behandlungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Gutachten (Anzahl der Gutachten: _____/jährlich) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. falls Sie an der Nebentätigkeit eines anderen Arztes mitwirken:
Sind Sie dafür durch den Arbeitgeber/den leitenden Arzt versichert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Notarztdienst (Anzahl der Dienste: _____/monatlich) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Honorararzt (ohne eigene Praxis und ohne KV-Zulassung)
=> Honorarärztlich an max _____ Tagen/jährlich tätig, <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 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*:

1. Gilt die Schadenereignistheorie oder die Claim-made-Theorie
2. Ist eine Selbstbeteiligung vereinbart? ja nein

* bitte beim Arbeitgeber nachfragen