

# Risikoanalyse für Humanmediziner/Zahnmediziner

Neuantrag  Änderung des bisherigen Versicherungsvertrages Nr.:

\_\_\_\_\_

Partner-Nr. \_\_\_\_\_

Betreuer-Nr. \_\_\_\_\_

Vermittler-Nr./VP \_\_\_\_\_

Inkasso-Nr. \_\_\_\_\_

Rahmenvertrags-Nr. \_\_\_\_\_ 750.000

WZ-Code/Marktsegment \_\_\_\_\_ 86220/0001

Sparte/Produktgruppe  HW  kein Zentralversand

Antragsteller  Frau  Herr  Firmierung Name/Vorname/Firmierung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Erstniederlassung/Erstniederlassungsdatum

Tag Monat Jahr

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Internet \_\_\_\_\_

Zuständige Kammer(n) \_\_\_\_\_

Firmierung als  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  Praxisgemeinschaft  Partnerschaftsgesellschaft\*\*  
 Tagesklinik\*  Praxisklinik\*  Teilberufsausübungsgemeinschaft\*  Sonstige

\* Bitte gesonderte Risikoanalyse ausfüllen.  
\*\* Für Partnerschaftsgesellschaften mit beschränkter Berufshaftung bitte den gesonderten Antrag ausfüllen.

Mitarbeiteranzahl \_\_\_\_\_ Praxis Anschriften \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versicherungssummen Berufshaftpflichtversicherung  5 Mio. € pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden  
 7,5 Mio. € pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Die Gesamtleistung des Versicherers für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres ist auf das Dreifache dieser Versicherungssumme begrenzt.

Humanmediziner/  
Zahnmediziner  Humanmediziner  Zahnmediziner

Facharztbezeichnungen \_\_\_\_\_ Zusatzbezeichnungen \_\_\_\_\_

Werden ärztliche Tätigkeiten im Ausland ausgeführt, die vom Versicherungsschutz umfasst sein sollen? (Falls ja, bitte den Ergänzungsbogen zur Auslandstätigkeit ausfüllen.)  ja  nein

Werden im Rahmen der zu versichernden Tätigkeit Profi-, Leistungssportler, Bundesligavereine, Nationalmannschaften betreut und/oder wird ein exklusives Betreuungsverhältnis bei Sport-, Musik- und/oder Kulturveranstaltungen unterhalten? (Falls ja, bitte den Ergänzungsbogen für die Betreuung von Profi- und Leistungssportlern ausfüllen.)  ja  nein

Werden Tätigkeiten im Rahmen von klinischen Studien erbracht, die über die reine ärztliche Behandlung (Behandlungsrisiko) am Patienten/Probanden hinausgehen? (Im Rahmen der Berufshaftpflicht gilt nur das reine Behandlungsrisiko versichert.)  ja  nein

Werden telemedizinische Beratungen/Behandlungen durchgeführt, bei denen sich Beratender, Behandelnder und/oder Patient nicht in Deutschland befinden und/oder die Behandlung nicht in Deutschland durchgeführt wird?  ja  nein

Werden folgende medizinisch nicht indizierte kosmetische Operationen/Behandlungen vorgenommen? (Bei HDI nicht versicherbar.) Brustkorrekturen, Bauchdeckenplastik, Liposuktionsbehandlungen (Fettabsaugungen), Gesäß- und Reithosenplastik, Operative Komplett-Face-Liftings, Intimoperationen, nicht medizinisch indizierte bariatrische Eingriffe  ja  nein

Für sonstige medizinisch nicht indizierte Behandlungen gilt: Für rein kosmetisch indizierte Behandlungen und Eingriffe, die aus ästhetischen Gründen zur Beseitigung von Schönheitsfehlern vorgenommen werden und nicht der Verbesserung von körperlichen Funktionen dienen, besteht für Ärzte Versicherungsschutz unter der Voraussetzung, dass eine ordnungsgemäße Aufklärung gewährleistet wird und die Dokumentierung mit Hilfe der Aufklärungsbogen der Firmen „proCompliance“ oder „Diomed“ erfolgt.

Zusätzlich gilt für Zahnmediziner:  
Zu beachten ist hierbei jedoch, dass lediglich Behandlungen, die für den Zahnarzt gemäß Zahnheilkundengesetz zulässig sind, durchgeführt werden dürfen. Nicht zulässige Behandlungen sind nicht vom Versicherungsschutz erfasst. Wir empfehlen, die Zulässigkeit vor Aufnahme der Tätigkeit ggf. mit der Bundeszahnärztekammer zu klären.

Werden neben der zu versichernden Tätigkeit noch weitere ärztliche Tätigkeiten ausgeübt (z. B. paralleles Anstellungsverhältnis, stationäre Tätigkeit in einer Klinik etc.), die über andere Institutionen versichert sind (z. B. Betriebs-Haftpflichtversicherer des Krankenhauses)?  ja  nein

Falls ja, bitte die genaue Tätigkeit und den Namen der Klinik/Einrichtung, sowie den Namen des Versicherers angeben.  
\_\_\_\_\_

Haben Sie einen Jobsharing-Partner?  ja, Name \_\_\_\_\_  nein

ambulante konservative Tätigkeit (ohne endoskopische und operative Eingriffe)

ambulante operative Tätigkeit

ambulante und stationäre Tätigkeit als Beleg- oder Honorararzt (nicht in eigener Klinik)\*  
mit bis zu 10 Betten Anzahl Belegbetten \_\_\_\_\_

sonstige Tätigkeit gemäß Tarif\* \_\_\_\_\_

\*Bei stationären konsiliarärztlichen/honorarärztlichen Tätigkeiten bitte immer den Ergänzungsbogen für stationäre konsiliarärztliche/honorarärztliche Tätigkeiten einreichen.  
Bei Outsourcing eines gesamten Krankenhausbereichs bitte stets den Kooperationsvertrag mit dem Krankenhaus einreichen.

Werden endoskopische Eingriffe vorgenommen?  ja  nein

Werden laserchirurgische Behandlungen vorgenommen?  ja  nein

Werden Organ- und/oder Gelenkpunktionen, Biopsien, intraartikuläre Injektionen und/oder Infiltrationen vorgenommen?  ja  nein

Werden ambulante wirbelsäulennahe Injektionen und/oder Infiltrationen vorgenommen?  ja  nein

### Fachgebietsspezifika

#### Anästhesiologie

Werden Narkosen durchgeführt?  ja  nein

Liegt eine ausschließlich schmerztherapeutische Tätigkeit vor?  ja  nein

#### Augenheilkunde

Wird in der Praxis ein Handelsumsatz von über 10.000 € erzielt (z. B. mit Kontaktlinsen oder Kontaktlinsenflüssigkeiten)?  ja  nein

Wird ein rechtlich eigenständiges Unternehmen unterhalten (z. B. Kontaktlinsenstudio oder Lasikzentrum)?  
(Eigener Betriebs-Haftpflichtvertrag erforderlich)  ja  nein

#### Chirurgie/Orthopädie und Unfallchirurgie/Orthopädie

Soll die folgende Aufklärungsverpflichtung vereinbart werden? (Sondertarifierung)  ja  nein

Unter der Voraussetzung eines umfassenden Aufklärungsgesprächs inkl. Dokumentation mit Hilfe der Systeme von proCompliance und/oder Diomed sind im Rahmen der konservativen Tätigkeit folgende Behandlungen mitversichert:

- intraartikuläre Injektionen und Gelenkpunktionen
- Spritzen von Nukliden bei der Radiosynoviorthese in Zusammenarbeit mit einem Radiologen/Nuklearmediziner
- Facettenblockaden, Facetteninfiltrationen und Facettendenerverierungen
- paravertebrale Infiltrationen
- periradikuläre Therapie (nur mit Zuhilfenahme von bildgebenden Verfahren)

Ohne Verwendung der Aufklärungsverpflichtung ist die Einstufung in der Position ambulante operative Tätigkeit anzuwenden.

Werden endoprothetische Eingriffe vorgenommen?  ja  nein

#### Dermatologie

Wird in der Praxis ein Handelsumsatz von über 10.000 € erzielt (z. B. mit Kosmetika oder Pflegeprodukten)?  ja  nein

Wird ein rechtlich eigenständiges Unternehmen unterhalten (z. B. Kosmetikinstitut)?  
(Eigener Betriebs-Haftpflichtvertrag erforderlich)  ja  nein

#### Gynäkologie

Wird aktive Geburtshilfe geleistet?  ja  nein

Werden Verfahren der assistierten Reproduktion angewandt, die über die alleinige Insemination und/oder alleinige hormonelle Stimulation hinausgehen?  ja  nein

Werden Abrasien, alleinige Inseminationen, Stanzbiopsien und/oder Mammapunktionen vorgenommen?  ja  nein

Werden Amniozentesen (Fruchtwasserpunktionen), Chorionzotten- bzw. Plazentabiopsien und/oder Nabelschnurpunktionen vorgenommen?  ja  nein

Werden nicht invasive pränatale Screening Tests (NIPT) durchgeführt, bei denen die Laborleistungen nicht innerhalb Deutschlands vorgenommen wird?  ja  nein

Anzahl der Mitarbeiter, die in einem für fremde Zwecke tätigen zytologischen Labor angestellt sind (ohne Pränataldiagnostik) \_\_\_\_\_

#### Innere Medizin und Allgemeinmedizin/Allgemeinmedizin

Werden proktologische Eingriffe durchgeführt?  ja  nein

#### Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie

Werden Herzkatheter-Untersuchungen vorgenommen?  ja  nein

#### Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie

Anzahl der Dialyseplätze \_\_\_\_\_

Werden ambulant Zentrale Venenkatheter (ZVK), Shaldon-Katheter, Denver Shunts oder Bauchfell-Katheter gelegt?  ja  nein

#### Laboratoriumsmedizin (medizinische Laboratorien)

Wird ein medizinisches Laboratorium für fremden Bedarf unterhalten? (Versicherungsschutz wird nur solchen Laboratorien geboten, die keine Pränataldiagnostik, Fruchtwasseruntersuchungen usw. vornehmen)  ja  nein

Anzahl der Inhaber \_\_\_\_\_

Anzahl angestellter Ärzte, Chemiker, Biologen, Apotheker \_\_\_\_\_

Anzahl der angestellten Laboranten, medizinisch-technischen Assistenten \_\_\_\_\_

**Neurologie**

Werden ausschließlich psychiatrische Behandlungen vorgenommen?

 ja  nein**Radiologie**

Werden radiologische Befundungen für ein Krankenhaus im Rahmen eines Outsourcing übernommen?

(Falls ja, bitte den Kooperationsvertrag mit dem Krankenhaus zur detaillierten Prüfung und Einzelfallquotierung einreichen.)

 ja  nein**Zahnärzte/Fachzahnärzte für Oralchirurgie/Kieferorthopäden**

Werden ambulant dentale Implantate gesetzt?

 ja  nein

Wird ein zahntechnisches Labor für fremde Zwecke unterhalten?

(Eigener Betriebs-Haftpflichtvertrag erforderlich)

 ja  nein**Angestellte Fachärzte/Zahnärzte**

(Angestelltes Medizinisches Fachpersonal und nichtärztliche Praxisassistenten, Ärzte in der Ausbildung ohne Facharztanerkennung, Medizinstudenten, Praktikanten (weisungsgebunden) und bis zu zwei angestellte Fachärzte – bei gleichem Fachgebiet und gleicher bzw. geringerer Tätigkeitseinstufung oder Jobsharing-Angestellte – sind beitragsfrei mitversichert. Gilt nicht für medizinischen Laboratorien.

**Hinweis:** Die beitragsfreie Mitversicherung angestellter Ärzte ist auf maximal 4 je Berufsausübungsgemeinschaft begrenzt.Beschäftigen Sie angestellte Fachärzte/Zahnärzte?\*  nein  ja: Anzahl \_\_\_\_\_

Name	Fachrichtungen	Tätigkeitsumfang
_____	_____	<input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär <input type="checkbox"/> sonstige nach Tarif _____
_____	_____	<input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär <input type="checkbox"/> sonstige nach Tarif _____
_____	_____	<input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär <input type="checkbox"/> sonstige nach Tarif _____
_____	_____	<input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär <input type="checkbox"/> sonstige nach Tarif _____

\* Bitte alle angestellten Fachärzte angeben – auch beitragsfrei mitversicherte.

**Ärzte/  
Zahnärzte im  
Dienst- oder  
Anstellungsverhältnis**

(überwiegend angestellte Tätigkeit vorausgesetzt)

**(Achtung:** Beitragsposition ist nicht anwendbar für Ärzte mit freiberuflicher Nebentätigkeit in eigener Praxis. Kein Betriebsstättenrisiko mitversichert.)

Dienststellung  Chefarzt/leitender Oberarzt/ärztlicher Direktor, Leiter selbständiger Abteilungen  Oberarzt/Funktionsoberarzt

Assistenz-/Fach-/Stationsarzt  Sonstiges \_\_\_\_\_

dienstliche und gelegentlich außerdienstliche ambulante Tätigkeit (einschl. ambulanter Praxisvertretungen)  freiberufliche ambulante konservative Nebentätigkeit

dienstliche und freiberufliche ambulante konservative Nebentätigkeit  freiberufliche ambulante operative Nebentätigkeit

dienstliche und freiberufliche ambulante operative Nebentätigkeit  freiberufliche ambulante und stationäre Nebentätigkeit

dienstliche und freiberufliche ambulante und stationäre Nebentätigkeit  nur gelegentliche außerdienstliche ambulante Tätigkeit (ohne Praxisvertretungen)

ärztliches Restrisiko – Basisdeckung (Erste-Hilfe-Leistungen, Behandlungen in Notfällen und im Verwandten- und Bekanntenkreis)

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Ärztliches  
Restrisiko**

ärztliches Restrisiko – Basisdeckung (Erste-Hilfe-Leistungen, Behandlungen in Notfällen und im Verwandten- und Bekanntenkreis)

ärztliches Restrisiko einschl. einer gelegentlich freiberuflichen ambulanten Tätigkeit

**Ärzte/Zahn-  
ärzte ohne  
Dienst- und  
Anstellungsverhältnis**

Praxisvertretungen  Konsiliararztstätigkeit\*  Honorararztstätigkeit\* Anzahl Tage im Jahr \_\_\_\_\_

ambulante konservative Tätigkeit  ambulante und stationäre Tätigkeit\*

ambulante operative Tätigkeit  sonstige Tätigkeit gemäß Tarif\* \_\_\_\_\_

\* Bei stationären konsiliarärztlichen/honorarärztlichen Tätigkeiten bitte immer den Ergänzungsbogen für stationäre konsiliarärztliche/honorarärztliche Tätigkeiten einreichen. Bei Outsourcing eines gesamten Krankenhausbereichs bitte stets den Kooperationsvertrag mit dem Krankenhaus einreichen.

**Deckungserweiterungen,  
sonstige  
Risiken**

Ergänzende Risikobeschreibungen, Besondere Vereinbarungen z. B. ärztliche Gutachter, notärztliche Tätigkeit:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mitversicherung der Privat-Haftpflichtversicherung

Die Mitversicherung der Privathaftpflicht wird gewünscht. Es entsteht ein rechtlich selbständiger Vertrag.

Name (falls abweichend von Seite 1) \_\_\_\_\_

Versicherungssumme **5 Mio. €** pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Versicherungssumme **10 Mio. €** pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Die Gesamtleistung des Versicherers beträgt für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres das Dreifache der vorgenannten Deckungssummen.

Bisheriger Versicherer \_\_\_\_\_ Vorschäden der letzten 5 Jahre \_\_\_\_\_  keine Vorversicherung

Vorversicherung (zwingend zu beantworten)

bei HDI, Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

anderweitig, Name des Versicherers und VS-Nr.: \_\_\_\_\_

keine Vorversicherung

Sind Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht worden?  ja: Anzahl der Schäden und Aufwendungen \_\_\_\_\_  nein (Bitte das Schadenmeldedatum angeben.)

**Bitte geben Sie alle Inanspruchnahmen an, auch laufende Verfahren die vor Gericht oder bei der Gutachterstelle im Schlichtungsverfahren offen sind. Geben Sie auch alle Fälle an, die ohne eine Zahlung (zu Ihren Gunsten) geschlossen wurden.**

**Bitte beachten Sie: Bei einer Falschangabe ist der Versicherer zum Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung berechtigt.**

Ablauf der Vorversicherung \_\_\_\_\_ Neuordnung gefordert?  ja  nein

Kündigung durch Versicherungsnehmer  Kündigung durch Versicherer

Wichtiger Hinweis

**Bitte beachten Sie, dass der Versicherer auf die wahrheitsgemäße Erklärung seine Entscheidung über die Annahme des Antrags stützt. Unwahre oder unvollständige Angaben können den Versicherer zum Rücktritt vom Vertrag berechtigen, unter Umständen sogar zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung, die den Versicherungsschutz rückwirkend (von Anfang an) entfallen lässt.**

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_