

Risikoanalyse

zum Haftpflichtversicherungsschutz



Titel, Vor- und Zuname		Fachgruppe	ggf. Subspezialisierung
Praxisanschrift: Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Geburtsdatum	Telefon	Telefax	E-Mail
Weitere Standorte/Zweigstellen/Filialen		Verbandszugehörigkeit	Mitgliedsnummer
Privatanschrift: Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Betriebsart/Praxisform		Rechtsform	
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft		<input type="checkbox"/> Freiberufliches Einzelunternehmen <input type="checkbox"/> GbR	
<input type="checkbox"/> Tagesklinik <input type="checkbox"/> Partnerschaftsgesellschaft		<input type="checkbox"/> PartGmbH <input type="checkbox"/> PartG	
<input type="checkbox"/> Praxisklinik <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft		<input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> AG	
<input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Privatklinik		<input type="checkbox"/> UG	
<input type="checkbox"/> OP-Zentrum			
<input type="checkbox"/> Praxisneugründung	<input type="checkbox"/> Praxisübernahme	<input type="checkbox"/> Praxiseinstieg	niedergelassen seit: _____
Gewünschter Versicherungsbeginn: _____ um 0:00 Uhr			
Vorversicherung			
Name der Gesellschaft		Versicherungsscheinnummer	
Wurden gegen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre Schadenersatzansprüche aus beruflicher Tätigkeit erhoben?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl der Schäden: _____ (bitte gesondert erläutern)			
Tätigkeitsumfang			
<input type="checkbox"/> Freiberufliche ärztliche Tätigkeit ohne Anstellung und ohne eigene Praxis/Honorarärzte			
<input type="checkbox"/> ambulante konservative Tätigkeit ohne Operationen <input type="checkbox"/> ambulante operative Tätigkeit			
<input type="checkbox"/> ambulante und stationäre Tätigkeit			
<input type="checkbox"/> Freiberufliche ärztliche Tätigkeit in eigener Praxis			
<input type="checkbox"/> ambulante konservative Tätigkeit ohne Operationen <input type="checkbox"/> ambulante operative Tätigkeit			
<input type="checkbox"/> ambulante und stationäre Tätigkeit			
<input type="checkbox"/> Belegarzt Anzahl Betten: _____ Krankenhaus: _____			
<input type="checkbox"/> Honorar-/Konsiliar-/Kooperationsarzt (für Leistungen bei stationär aufgenommenen Patienten)			
Krankenhaus: _____ (bitte Honorar-/Konsiliar-/Kooperationsvertrag beifügen)			
Beschäftigen Sie angestellte Fachärzte (gemäß § 32b Zulassungsverordnung)?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl: _____ Fachrichtung: _____
			Name(n): _____
Beschäftigen Sie Entlastungs- und/oder Sicherstellungsassistenten?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl: _____ Fachrichtung: _____
			Name(n): _____

