

## Verbandsmitteilungen

**Fragebogen: Versicherungsbedarf**

<b>A. Sind Sie als Arbeitnehmer / Beamter in einem Krankenhaus tätig ?</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
als			
- 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 / AiP		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name / Anschrift des Krankenhausträgers: _____			
<b>I. Besteht Versicherungsschutz über den Krankenhausträger für den dienstlichen Aufgabenbereich?*</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja,			
1. ist die grobe Fahrlässigkeit mitversichert ?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. gehören Sie zu einer der folgenden Gruppen: Beamte / angestellte Ärzte mit einem BAT- oder AVR-Caritas Vertrag / leitende Ärzte, deren Dienstverträge § 14 BAT bzw. § 5 Abs. 5 AVR Caritas für anwendbar erklären ?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. ist ein etwaiger Regreß durch den Träger mitversichert ?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Falls Ihnen das Liquidationsrecht für wahlärztliche Leistungen im Rahmen der Dienstaufgaben eingeräumt ist: Ist diese Tätigkeit mitversichert ?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. Ist die gelegentliche außerdienstliche Tätigkeit mitversichert ?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>II. Nebentätigkeiten: Üben Sie eine Nebentätigkeit aus in dem Bereich</b>			
1. stationäre wahlärztliche Behandlung/Begutachtungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. ambulante Untersuchungen/Behandlungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Gutachten		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. falls Sie an der Nebentätigkeit eines anderen Arztes mitwirken: Sind Sie dafür durch den Träger/den leitenden Arzt versichert?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. Notarztdienst		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>B. Sind Sie niedergelassener Arzt ?</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
I. Sind Sie nur ambulant tätig (auch als Betreiber eines OP-Zentrums oder einer Tagesklinik mit gelegentlichen Übernachtungen von nicht mehr als 24 Stunden) ?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
II. Behandeln Sie auch stationäre Patienten ?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
III. Sind Sie nur auf dem Gebiet der Schmerztherapie tätig?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
IV. Sind Sie in einer Gemeinschaftspraxis tätig ?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>C. Sind Sie bei einem niedergelassenen Arzt angestellt?</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht Versicherungsschutz über den Praxisinhaber?*		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja,			
1. ist die grobe Fahrlässigkeit mitversichert ?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. ist ein etwaiger Regreß mitversichert ?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>D. Üben Sie eine andere ärztliche Berufstätigkeit aus ?</b>			
z.B. als freier Mitarbeiter in einer Arztpraxis / Klinik, als Angestellter im Bereich der Forschung o.ä. ....			
(bitte bezeichnen)			
Deckungssummen der bestehenden Versicherung bei Tätigkeiten nach A – D (pro Schadensfall) ?			
Personenschäden: _____ Mio. DM,		Sachschäden: _____ DM,	
Vermögensschäden: _____ DM			
* bitte beim Arbeitgeber nachfragen			