

# Haftpflichtversicherung

Fragebogen für Ärzte mit ambulanten Operationen  
und/oder plastisch-ästhetischer Chirurgie

VNR \_\_\_\_\_ BD/Dir.Gst. \_\_\_\_\_ Agt \_\_\_\_\_

Bei gemeinschaftlich betriebener  
Praxis ist von jedem Arzt ein  
separater Fragebogen auszufüllen.

I. Allgemeine Angaben	
1. Name, Anschrift (Praxis): Telefon: _____ Telefax: _____ e-mail: _____	1. _____ _____ _____ Geb.-Datum: _____
2. Gebietsbezeichnung/Schwerpunkt:	2. _____ _____
3. Zusatzbezeichnungen:	3. _____ _____
4. Art der Tätigkeit:	4. <input type="checkbox"/> freiberuflich niedergelassener Arzt seit: _____ <input type="checkbox"/> Krankenhausarzt in Stellung als: _____ <input type="checkbox"/> angestellter Arzt (Dauerassistent) <input type="checkbox"/> sonst: _____
5. Vorangegangene Tätigkeiten in den letzten 5 Jahren sofern nicht mit Ziffer 4 identisch:	5. _____ _____ _____
6. Art der Praxis:  Anzahl und Namen der Teilhaber/Partner:	6. <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> Tagesklinik <input type="checkbox"/> OP-Zentrum Anzahl: _____ Namen: _____ _____ _____
7. Anzahl der in der Praxis beschäftigten Personen:	7. angestellte Ärzte (Dauerassistenten): _____ Ass.-Ärzte (ohne Facharztanerkennung): _____ Ärzte auf Honorarbasis: _____ OP-Personal: _____ übriges med. Hilfs-/Pflegepersonal: _____
8. Räumliche Ausstattung der Praxis:	8. Anzahl der OP-Räume: _____ Anzahl der Ruhe-/Aufwach-/Tagesbetten: _____
9. Zusatzangaben bei Tätigkeit in Tagesklinik oder OP-Zentrum: - Sind Sie Inhaber oder Teilhaber der Einrichtung? - Wer rechnet die ärztlichen Leistungen mit den Patienten bzw. den Kostenträgern ab?	9. <input type="checkbox"/> <b>nein</b> <input type="checkbox"/> <b>ja</b> , Anzahl der Inhaber/Teilhaber: _____ <input type="checkbox"/> jeder einzelne Inhaber/Teilhaber <input type="checkbox"/> alle Ärzte gemeinschaftlich
10. Anzahl der von Ihnen und Ihren beschäftigten Ärzten durchgeführten ambulanten Operationen:	10. durchschnittliche Anzahl pro Monat: _____
11. Sind Sie auch stationär tätig?	11. <input type="checkbox"/> <b>nein</b> <input type="checkbox"/> <b>ja</b> , und zwar: <input type="checkbox"/> als Belegarzt mit _____ Betten <input type="checkbox"/> in eigener Klinik <input type="checkbox"/> als Krankenhausarzt mit stationärer Neben- tätigkeit <input type="checkbox"/> als angestellter Arzt (Dauerassistent) <input type="checkbox"/> sonst: _____ _____
12. Führen Sie plastisch-ästhetische Eingriffe durch, für die <b>keine</b> medizinische Indikation gegeben ist?	12. <input type="checkbox"/> <b>nein</b> <input type="checkbox"/> <b>ja</b> , weitere Angaben bitte unter III

<b>II. Erweiterte operative Tätigkeit</b>	
1. Anzahl und Art der ambulanten Operationen, die in Allgemeinnarkose, Peridural-, Plexus- oder Spinalanästhesie oder in vergleichbaren Anästhesieverfahren durchgeführt werden (plastisch-ästhetische Operationen bitte unter III angeben):	1. durchschnittliche Anzahl pro Monat: _____ Art der Operationen: _____ _____ _____
2. Werden Allgemeinnarkosen, Periduralanästhesien oder vergleichbare Anästhesien (z.B. Kaudalanästhesien) auch von Ihnen selbst bzw. von Ihren Beschäftigten durchgeführt?	2. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>III. Angaben zu plastisch-ästhetischen Eingriffen</b>	
1. Der Versicherungsschutz kann pauschal auf die Durchführung der folgenden Eingriffe erweitert werden:  - Laser-ästhetische Eingriffe, z.B. Gefäßverödung, Entfernung von Pigmentablagerungen sowie Hautneubildungen, Haarentfernung und skin resurfacing; - Unterspritzen von Falten und Narben mit Füllmaterialien; - Spritzen von Botulinumtoxin; - Chemical Peelings/Fruchtsäurepeelings; - Pearcings.  Führen Sie solche Eingriffe durch?	1. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Welche der folgenden plastisch-ästhetischen Eingriffe führen Sie außerdem durch?	
2.1. Lid-, Nasen- oder Ohrenkorrekturen?	2.1. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.2. Chirurgische Face-liftings, Haartransplantationen oder Fettabsaugungen?	2.2. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.3. Andere plastisch-ästhetische Eingriffe?	2.3. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ _____ _____
<b>IV. Aufklärung</b>	
<p>Nach der Rechtsprechung obliegt dem Arzt die Pflicht, den Patienten ausführlich (mündlich und schriftlich) u.a. über alle mit dem Eingriff im Zusammenhang stehenden möglichen Risiken und Komplikationen, über die Erfolgsaussichten und ggf. auch über alternative Behandlungsmethoden aufzuklären. Je weniger dringlich der Eingriff ist, desto weiter geht die Aufklärungspflicht. Das Aufklärungsgespräch soll so rechtzeitig erfolgen, dass dem Patienten genügend Zeit bleibt, die für und gegen den Eingriff sprechenden Gründe abzuwägen und seine Entscheidung noch einmal zu überdenken. Das Aufklärungsgespräch ist zu dokumentieren und die Dokumentation in den Patientenunterlagen aufzubewahren.</p> <p><b>Eine schriftliche Zusatzklärung des Arztes, entsprechend den rechtlichen Anforderungen an die Patientenaufklärung und deren Dokumentation zu verfahren, ist Voraussetzung für die Mitversicherung des Haftpflichtrisikos aus plastisch-ästhetischen Eingriffen.</b></p>	
<b>V. Vorversicherung, Vorschäden</b>	
1. Besteht oder bestand bereits eine Berufs-Haftpflichtversicherung bei einer anderen Gesellschaft?	1. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Versicherer: _____ Vers.-Nr.: _____ Ablauf: _____
2. Wer hat die Versicherung gekündigt?	2. <input type="checkbox"/> Sie <input type="checkbox"/> Versicherer
3. Sind Sie mit einer Anfrage beim Vorversicherer einverstanden?	3. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Anzahl, Höhe und Beschreibung von Haftpflichtansprüchen in den letzten 5 Jahren (bitte ggf. auf Beiblatt erläutern):	4. _____ _____

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift