

SCHEITHAUER GMBH

VERSICHERUNGSMAKLER

Risikoanalyse für Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Interessent/-in

Name und Anschrift des medizinischen Versorgungszentrums: _____

Telefon _____ Telefax _____

E-Mail _____ Vermittler-Nr. _____

Rechtsform, Inhaber und Zulassung

▪ Rechtsform: AG GmbH OHG KG GbR

▪ Gesellschafter (Name und Fachrichtung): _____

▪ Ärztliche Leitung und Fachrichtung: _____

▪ Vertretene Fachrichtungen Ärzte: _____

▪ Nichtärztliche Bereiche:

Apotheken Anzahl der Personen: _____

Ambulanter Krankenpflagedienst Anzahl der Personen: _____

Physiotherapeuten, Logopäden, Motopäden etc. Anzahl der Personen: _____

Dipl. Psychologen/Psychotherapeuten Anzahl der Personen: _____

med. Laboratorium Anzahl der Personen: _____

Angestellte Ärzte

▪ Anzahl der angestellten Weiterbildungsassistenten: _____ davon in Teilzeit: _____

▪ Anzahl der medizinischen Hilfspersonals: _____ davon in Teilzeit: _____

▪ Angestellte Fachärzte gesamt: _____ davon in Teilzeit: _____

▪ Aufteilung auf Fachgebiete:

Fachrichtung: _____ Anzahl: _____

Fachrichtung: _____ Anzahl: _____

Fachrichtung: _____ Anzahl: _____

SCHEITHAUER GMBH

VERSICHERUNGSMAKLER

Tätigkeitsumfang

ambulante Behandlung

- Werden ausschließlich ambulante konservative Behandlungen vorgenommen? nein ja
(ohne operative und endoskopische Eingriffe)
- Werden ambulante operative Behandlungen vorgenommen? nein ja
- Werden endoskopische Eingriffe vorgenommen? nein ja
- Werden laserchirurgische Behandlungen vorgenommen? nein ja
- Werden intraartikuläre Injektionen oder Gelenkpunktion vorgenommen? nein ja
- Werden kosmetische Eingriffe vorgenommen? (s. Folgeseite) nein ja
- Wird Geburtshilfe vorgenommen? nein ja
- Gynäkologen: Wird künstliche Insemination vorgenommen? nein ja
- Kinderärzte: Werden U1- und U2-Untersuchungen im Krankenhaus vorgenommen? nein ja
- Nephrologen: Anzahl Dialysegeräte: _____ Anzahl Akutdialysegeräte: _____

ambulante und stationäre Behandlung

- Belegbetten, Anzahl: _____
- Konsiliarärztliche Tätigkeit im Krankenhaus (Umfang bzw. ggf. Kooperationsvertrag einreichen) nein ja
- Outsourcing eines gesamten Krankenhausbereichs (bitte Kooperationsvertrag einreichen) nein ja

Sonstiges: _____

Kooperationspartner/freiberuflich tätige Ärzte

Wird der Behandlungsvertrag für die erbrachten Leistungen dieser Ärzte mit dem MVZ beschlossen? nein ja

Falls ja, bitte Angabe der Fachrichtungen und Tätigkeiten:

Name des Arztes Fachrichtung Tätigkeit für das MVZ (ambulant konservativ/operativ, stationär etc.)

1. _____
2. _____
3. _____

Kosmetische Behandlungen und Eingriffe (Beseitigen von Schönheitsfehlern ohne medizinische Indikation)

Nehmen Sie folgende kosmetisch indizierte Operationen/ Behandlungen vor?

- Brustkorrekturen nein ja
- Liposuktionsbehandlungen (Fettabsaugungen) nein ja
- Bauchdeckenplastik nein ja
- Gesäß- und Reithosenplastik nein ja
- Operative Face- Liftings nein ja

SCHEITHAUER GMBH

VERSICHERUNGSMAKLER

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 Aufklärungsbögen der Firmen „proCompliance“ oder „Diomed“ erfolgt.

Auslandsschäden

- Werden ärztliche Tätigkeiten im Ausland durchgeführt? nein ja
- Geltungsbereich: weltweit Europa Umfang Tage pro Jahr: _____

Freiberufliche Nebentätigkeit der angestellten Ärzte

Folgende Ärzte behandeln auf eigene Rechnung (der Behandlungsvertrag wird hierbei nicht mit dem MVZ geschlossen) und bitten um ein Angebot für eine eigene Berufshaftpflichtversicherung für die freiberufliche Nebentätigkeit:

- Name Fachrichtung und Umfang der Behandlungen (ambulant konservativ/ambulant operativ etc.)
1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____

Ansprüche nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG)

Die Mitversicherung von Ansprüchen nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) wird gewünscht nein ja
Wenn ja, Anzahl der im Betrieb beschäftigten Personen: _____

Vorversicherung/Vorschäden

- Besteht zur Zeit ein gleichartiger Vertrag bei einem anderen Versicherer? nein ja
Wenn ja, Ablauf des Vertrages: _____ Versicherer: _____
- Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert? nein ja
- Ist das MVZ oder eine der dort tätigen Personen in den letzten 5 Jahren schadenersatzpflichtig gemacht worden? nein ja
Falls ja, Anzahl der Schäden: Personenschäden: _____ Sachschäden: _____ Vermögensschäden: _____
Höhe der vom Versicherer hierauf geleisteten Entschädigungen: _____
Reserven zu noch offenen Fällen €: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____