

CHECKLISTE ZUR HAFTPFLICHTVERSICHERUNG FÜR INTERNISTEN

Name			
Vorname			
Geburtsdatum		Niedergelassen seit	
Anschrift			
Telefon			
E-Mail			

PRAXISSCHWERPUNKT

Hausärztliche Tätigkeit

fachärztliche Versorgung mit Schwerpunkt

belegärztliche / stationsärztliche Tätigkeit mit Betten

Angebot von Dialyseplätzen mit Plätzen mit Plätzen

Konsiliarisch
 beratend diagnostisch / therapeutisch

AMBULANTE UND/ODER STATIONÄRE EINGRIFFE UND ANZAHLEN

<input type="checkbox"/> Rechtsherzkatheter		<input type="checkbox"/> Bronchoskopie - Fiberendoskop	
<input type="checkbox"/> Linksherzkatheter		<input type="checkbox"/> Bronchoskopie - starres Endoskop	
<input type="checkbox"/> Ballondilatation		<input type="checkbox"/> Gastroskopie oral	
<input type="checkbox"/> Pleurapunktion		<input type="checkbox"/> Gastroskopie perkutan (PEG)	
<input type="checkbox"/> Thorakoskopie		<input type="checkbox"/> Duodenoskopien	
<input type="checkbox"/> ERCP		<input type="checkbox"/> Koloskopien	
<input type="checkbox"/> Gelenkpunktionen / -Injektionen		<input type="checkbox"/> Rektoskopie	
<input type="checkbox"/> Organpunktionen - Welch Organe?		<input type="checkbox"/> Lymphknotenexstirpationen	
<input type="checkbox"/> Sonstiges		Ggf. wo, welche Organe oder nähere Erläuterungen	
<input type="checkbox"/> Kosmetische Behandlungen		<input type="checkbox"/> Chirotherapie	

CHECKLISTE ZUR HAFTPFLICHTVERSICHERUNG FÜR INTERNISTEN

AUFKLÄRUNG

- erfolgt mündlich mittels proCompliance/DIOmed
 erfolgt schriftlich mit anderen Formblättern (Muster beifügen)
 unter Zeugen mit Allergietest

wer?

mindestens

höchstens

Stunden vor dem Eingriff.

Mitteilung nach § 19 Abs.5 VVG über die Folgen einer Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Wir sind Dienstleister im Bereich Versicherungen und erhalten als Makler unsere Courtage (Arbeitsaufwand) nach Vertragsabschluss von dem Versicherer Ihrer Wahl.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben.

Datum

Unterschrift