

Name und Anschrift des Interessenten: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Zahnmediziner in der Ausbildung

- Assistenz Zahnarzt (in der Vorbereitungszeit zur Kassenzahnärztlichen Zulassung)

Gewünschter Versicherungsumfang:

- dienstliche Tätigkeit und gelegentlich außerdienstliche Tätigkeit  
 zusätzliche freiberufliche Tätigkeit (s. Punkt „sonstige zahnärztliche Risiken“)  
 Ausbildung Fachzahnarzt Kiefer- und Oralchirurgie

### Angestellter Zahnmediziner

- Dienststellung:  Chefarzt/leitender Oberarzt/ärztlicher Direktor, Leiter selbständiger Abteilungen  
 Oberarzt/Funktionsoberarzt  
 Facharzt, Assistenzarzt
- Dienstherr/Arbeitgeber:  
 Krankenhaus  Reha-/Kurklinik  Behörde  Niedergelassener Arzt
- Gewünschter Versicherungsumfang (auch mehrere gleichzeitig möglich):  
 dienstliche und gelegentlich außerdienstliche ambulante Tätigkeit (einschl. ambulanter Praxisvertretungen)  
 dienstliche und freiberufliche ambulante konservative Tätigkeit  
 dienstliche und freiberufliche ambulante operative Tätigkeit  
 dienstliche und freiberufliche ambulante und stationäre Tätigkeit  
 freiberufliche ambulante konservative Tätigkeit  
 freiberufliche ambulante operative Tätigkeit  
 freiberufliche ambulante und stationäre Tätigkeit  
 nur gelegentliche außerdienstliche ambulante Tätigkeit (ohne Praxisvertretungen)

### Niedergelassene Zahnmediziner

- in eigener Praxis  nicht in eigener Praxis  
(Umfang bitte bei Punkt „sonstige zahnärztliche Risiken“ angeben)

#### • Tätigkeitsbeschreibung

- Tätigkeit als Zahnarzt  Tätigkeit als Fachzahnarzt für Oralchirurgie  
 Tätigkeit als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie (ohne zahnärztl. Tätigkeit)

• Datum der Erstniederlassung: \_\_\_\_\_

- Firmieren Sie als:  Praxisklinik

Tagesklinik/amb. OP-Zentrum

Falls ja, bitte die Risikoanalyse für Tageskliniken ausfüllen.

- Besteht eine Praxisgemeinschaft?  nein  ja, Name Praxenpartner: \_\_\_\_\_
- Besteht eine Berufsausübungsgemeinschaft?  nein  ja, Name Praxenpartner: \_\_\_\_\_
- Besteht eine Partnerschaftsgesellschaft?  nein  ja, Name Praxenpartner: \_\_\_\_\_
- Ist der Praxenpartner auch bei HDI versichert?  nein  ja, Vers.-Schein-Nr.: \_\_\_\_\_
- Gibt es angestellte Ärzte?  ja  nein

Falls ja, Anzahl \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

ambulant  ambulant und stationär sonstige nach Tarif: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

ambulant  ambulant und stationär sonstige nach Tarif: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

ambulant  ambulant und stationär sonstige nach Tarif: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

ambulant  ambulant und stationär sonstige nach Tarif: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

ambulant  ambulant und stationär sonstige nach Tarif: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

ambulant  ambulant und stationär sonstige nach Tarif: \_\_\_\_\_

Sind Sie Inhaber/Teilhaber in einem MVZ? (Absicherung des gesamten MVZ erforderlich, s. eigener Fragebogen.)

ja  nein

- Art der Behandlung

ambulante Behandlung

- Werden kosmetische Eingriffe vorgenommen?

ja  nein

ambulante und stationäre Behandlungen

Belegbetten, Anzahl: \_\_\_\_\_

- Setzen Sie dentale Implantate?

ja  nein

- Nehmen Sie Lachgasnarkosen vor?

ja  nein

- Unterhalten Sie ein zahntechnisches Labor – auch für fremde Zwecke?

ja  nein

(Eigener Betriebsshaftpflicht-Vertrag erforderlich)

- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Sonstige ärztliche Risiken

Praxisvertretungen

Anzahl Tage im Jahr: \_\_\_\_\_

Konsiliararzt

(bitte Ergänzungsbogen für konsiliarärztl./honorarärztl. Tätigkeiten ausfüllen)

Anzahl Tage im Jahr: \_\_\_\_\_

Honorararztstätigkeit

(bitte Ergänzungsbogen für konsiliarärztl./honorarärztl. Tätigkeiten ausfüllen)

Anzahl Tage im Jahr: \_\_\_\_\_

Fachgebiet: \_\_\_\_\_

nur ambulante konservative Tätigkeit

ambulante-operative Tätigkeit

ambulante und stationäre Tätigkeit

Ärztlicher Gutachter

Gelegentliche ärztliche Tätigkeit im Ruhestand

ohne Praxisvertretungen  einschließlich Praxisvertretungen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

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

Nehmen Sie folgende kosmetisch indizierte Operationen/Behandlungen vor? (Bei Janitos nicht versicherbar.)

- Brustkorrekturen

ja  nein

- Liposuktionsbehandlungen (Fettabsaugungen)

ja  nein

- Bauchdeckenplastik

ja  nein

- Gesäß- und Reithosenplastik

ja  nein

- Operative Komplett-Face-Liftings

ja  nein

- Intimoperationen

ja  nein

- nicht medizinisch indizierte bariatrische Eingriffe

ja  nein

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 Aufklärungsbogen der Firmen „proCompliance“ oder „Diomed“ erfolgt. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass lediglich Behandlungen, die **für den Zahnarzt gemäß Zahnheilkundengesetz zulässig** sind, durchgeführt werden dürfen. Nicht zulässige Behandlungen sind nicht vom Versicherungsschutz erfasst. Wir empfehlen, die Zulässigkeit vor Aufnahme der Tätigkeit ggf. mit der Bundeszahnärztekammer zu klären.

### Besonderheiten

- Werden ärztliche Tätigkeiten im Ausland ausgeführt?  ja  nein  
Falls ja, bitte benutzen Sie unseren Ergänzungsfragebogen Auslandstätigkeit.
- Werden Tätigkeiten im Rahmen von klinischen Studien erbracht?  ja  nein  
Falls ja, bitte geben Sie Art und Umfang der Tätigkeit an:

### Gewünschte Deckungssumme je Versicherungsfall

- 5.000.000 EUR  7.500.000 EUR  pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

### Vorversicherung/Vorschäden

- Name des Vorversicherers und Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_  
Ablauf des Vorvertrags: \_\_\_\_\_  
 Es bestand bisher keine Vorversicherung.
- **Mit einer Anfrage bei dem/den Vorversicherer(n) bin ich einverstanden.**  ja  nein
- Sind Sie in den letzten 5 Jahren schadensersatzpflichtig gemacht worden?  ja  nein  
**Hinweis:** Bitte geben Sie alle Inanspruchnahmen an, auch laufende Verfahren, die vor Gericht oder bei der Gutachterstelle im Schlichtungsverfahren offen sind. Geben Sie auch alle Fälle an, die ohne eine Zahlung (zu Ihren Gunsten) geschlossen wurden.  
Falls ja, Anzahl der Schäden: \_\_\_\_\_ Personenschäden: \_\_\_\_\_ Sachschäden: \_\_\_\_\_ Vermögensschäden: \_\_\_\_\_
- Zahlungen EUR: \_\_\_\_\_
- Reserven zu noch offenen Fällen EUR: \_\_\_\_\_
- Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert?  ja  nein
- Wurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt?  ja  nein

**Wichtiger Hinweis:** Bitte beachten Sie, dass der Versicherer auf die wahrheitsgemäße Erklärung seine Entscheidung über die Annahme des Antrags stützt. Unwahre oder unvollständige Angaben können den Versicherer zum Rücktritt vom Vertrag berechtigen, unter Umständen sogar zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung, die den Versicherungsschutz rückwirkend (von Anfang an) entfallen lässt.

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

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Berater:**

Tausend Finanz GmbH  
Taubenstrasse 26  
10117 Berlin  
Telefon 030. 8100 6040  
[www.tausend-finanz.de](http://www.tausend-finanz.de)

**Risikoträger:**

HDI Versicherung AG  
HDI-Platz 1  
30659 Hannover  
Telefon 0511. 645 0  
[www.hdi.de](http://www.hdi.de)