

NEUROCHIRURGEN

Versicherungsnehmer / Antragsteller: _____

niedergelassen seit: _____ zur Zeit versichert bei: _____

Wo werden die Eingriffe durchgeführt?

in speziellen Räumlichkeiten innerhalb der Praxis in einem Operationszentrum / einer Tagesklinik
 in: _____

Anzahl der Operationsräume: _____ Die Operationseinrichtung wird auch durch andere Ärzte genutzt ja nein

Wie viele Aufwachräume und -betten/-liegen sind vorhanden und wie lange dauern die Aufwachphasen maximal?
 _____ Räume _____ Betten/Liegen maximal _____ Stunden

Welche Eingriffe werden durchgeführt?

nur ambulante Eingriffe ambulante und stationäre Eingriffe Anzahl der Belegbetten: _____

- | | | | |
|--|--|---|--|
| Kopf | <input type="checkbox"/> Tumorchirurgie Gehirn / Hypophyse
<input type="checkbox"/> Gefäßfehlbildungen
<input type="checkbox"/> Gehirnblutungen | <input type="checkbox"/> Schädel-Hirn-Verletzungen
<input type="checkbox"/> Hydrocephalus (Ventil-OP)
<input type="checkbox"/> Stereotaktische Operationen | <input type="checkbox"/> Tiefenhirnstimulation (DBS)
<input type="checkbox"/> Biopsien Gehirn |
| Periphere Kompressions-syndrome | <input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom
<input type="checkbox"/> Sulcus-Ulnaris-Syndrom
<input type="checkbox"/> Tarsaltunnelsyndrome | <input type="checkbox"/> Morton Neuralgien
<input type="checkbox"/> Supinatorlogensyndrom
<input type="checkbox"/> Meralgia parästhetica | <input type="checkbox"/> Thoracic outlet-Syndrom
<input type="checkbox"/> Pronator-Teres-Syndrom |
| Schmerztherapie | <input type="checkbox"/> Peridurale Infiltration (PDA)
<input type="checkbox"/> Periradikuläre Therapien (PRT)
<input type="checkbox"/> Facetteninfiltrationen
<input type="checkbox"/> Facettendenerivation
<input type="checkbox"/> Kryoanalgesien | <input type="checkbox"/> peridurale Schmerzkatheter
<input type="checkbox"/> epidurale Katheter nach Racz
<input type="checkbox"/> intraspinale Katheter /
Medikamentenpumpen
<input type="checkbox"/> periphere Nerveninfiltrationen | <input type="checkbox"/> intradiskale Injektionen / IDET
<input type="checkbox"/> Rückenmark-
Stimulationselektroden (SCS)
<input type="checkbox"/> periphere Nervenstimulation (PNS)
<input type="checkbox"/> subcutane Nervenstimulation (SNS) |
| Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Bandscheibenoperationen
<input type="checkbox"/> Bandscheibenersatz
<input type="checkbox"/> Vertebroplastien / Kyphoplastien | <input type="checkbox"/> Wirbelkörperersatz
<input type="checkbox"/> Spondylolthesen
<input type="checkbox"/> Spinalkanalstenosen | <input type="checkbox"/> Biopsien
<input type="checkbox"/> Tumore |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> periphere Tumorchirurgie
<input type="checkbox"/> Nervenrekonstruktion | <input type="checkbox"/> Nerventransplantationen
<input type="checkbox"/> Nerven- und Muskelbiopsien | <input type="checkbox"/> Sympathikusblockaden
<input type="checkbox"/> Vagus Stimulation (VNS) |

Weitere Eingriffe: _____

Durchschnittliche Anzahl der Eingriffe pro Woche: _____ Planmäßige Höchstdauer der Eingriffe: _____ Std.

Werden rückenmarksnahe Infiltrationen ausschließlich CT-gesteuert durchgeführt? nein ja

Werden kosmetische Behandlungen (ohne medizinische Indikation) durchgeführt? nein ja _____ pro Jahr
 Gegebenenfalls bitte Zusatzfragebogen kosmetische Operationen beifügen

Werden Eingriffe in Spinal- / Periduralanästhesie, Analgosedierung oder Vollnarkose durchgeführt?

nein ja, Anästhesieverfahren: _____ durch einen Anästhesisten? nein ja

Wie ist die Versorgung im Notfall gewährleistet?

Intensivmedizinische Geräte sind vorhanden ja nein

Bei schwierigen Eingriffen wird ein nahe gelegenes Krankenhaus im Vorfeld informiert: ja nein
 derartige Eingriffe werden nicht durchgeführt. Ein Krankenhaus befindet sich in _____ Minuten Entfernung.

Wer übernimmt die postoperative Versorgung in der Aufwachphase? _____

Wer übernimmt die häusliche Versorgung und wie ist diese gewährleistet? _____

Angestellte Fachärzte: _____

bitte Fachrichtung/en angeben: _____

Art und Umfang der Aufklärung

Die Aufklärung des Patienten erfolgt mündlich schriftlich mittels proCompliance / DIOMed
 andere Formblätter (bitte Muster beifügen)

Wann findet die Aufklärung statt? mindestens _____ höchstens _____ Stunden vor der Operation / Behandlung.

Wurden in den vergangenen 10 Jahren Haftpflichtansprüche gegen Sie erhoben? nein ja, und zwar

Anzahl Berufshaftpflichtschäden: _____ Gesamtaufwand inklusive Reserven: _____ EUR

Anzahl Privathaftpflichtschäden: _____ Gesamtaufwand inklusive Reserven: _____ EUR

Bitte beachten Sie die Hinweise zu § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht auf der Rückseite.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit obiger Angaben.

Ort / Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war.

Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Bei einer Lebensversicherung haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei einer Lebensversicherung wandelt sich der Versicherungsvertrag dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.