

CHIRURGIE/ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE

Vermittler-
stempel

Dialog

Versicherungsnehmer / Antragsteller /
zu versichernde Person: _____

niedergelassen seit: _____

zur Zeit versichert bei: _____

Wo werden die Eingriffe durchgeführt?

in eigener Praxis in einem Operationszentrum / einer Tagesklinik in einer Belegklinik im Krankenhaus

in einer Privatklinik / § 30-Klinik

in:

Anzahl der Operationsräume _____

Anzahl der Aufwchräume _____

Betten / Liegen _____

Wird die Operationseinrichtung auch durch andere Ärzte genutzt? ja nein

Sind Sie Betreiber eines ambulanten OP-Zentrums oder einer Tagesklinik?

ja nein

falls ja, bitte Zusatzfragebogen für Tageskliniken / Ambulante OP-Zentren beifügen.

Sind Sie Inhaber einer Privatklinik / § 30-Klinik?

ja nein

falls ja, bitte Zusatzfragebogen für Privatkliniken / Kliniken nach § 30 GewO beifügen.

Welchen **Tätigkeitsschwerpunkt** haben Sie?

- Allgemein-, Gefäß-, Herz-, Thorax- und/oder Viszeralchirurgie
- Kinder- und Jugendchirurgie (→Fragebogen Kinderheilkunde)
- Orthopädie
- Unfallchirurgie

Welche Eingriffe werden durchgeführt?

nur ambulante Eingriffe

ambulante und stationäre Eingriffe

Anzahl der Belegbetten: _____

Allgemein

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abszess-Eröffnungen | <input type="checkbox"/> Gelenkpunktionen/-injektionen | <input type="checkbox"/> Nagelplastiken |
| <input type="checkbox"/> Amputationen | <input type="checkbox"/> Geschwulstexzisionen | <input type="checkbox"/> Organpunktionen (ohne Herz) |
| <input type="checkbox"/> kleine Gliedmaßen | <input type="checkbox"/> oberflächlich <input type="checkbox"/> tief / Knochen | <input type="checkbox"/> Phimose-OP |
| <input type="checkbox"/> große Gliedmaßen | <input type="checkbox"/> Hernien-Operationen | <input type="checkbox"/> Portchirurgie |
| <input type="checkbox"/> Arthroskopien | <input type="checkbox"/> Knochenbrüche | <input type="checkbox"/> Sehnen/Sehnenscheiden |
| <input type="checkbox"/> Bandnähte | <input type="checkbox"/> einfache <input type="checkbox"/> komplizierte | <input type="checkbox"/> Synovektomien |
| <input type="checkbox"/> Burssektomien | <input type="checkbox"/> Metallentfernungen | <input type="checkbox"/> Varizen-OP |
| <input type="checkbox"/> Enddarmchirurgie / Proktologie | <input type="checkbox"/> einfache <input type="checkbox"/> komplizierte | <input type="checkbox"/> Visceralchirurgie |
| <input type="checkbox"/> Endoprothetik | <input type="checkbox"/> Probeexzisionen | |
| <input type="checkbox"/> Ganglien | <input type="checkbox"/> oberflächlich <input type="checkbox"/> tief / Knochen | |

Fuß

Haglundexostosen Hallux valgus Morton Neuralgien

Hallux rigidus Hammer-/Krallenzehen Tarsaltunnelsyndrome

Knie

Bakerzysten Kreuzbänder / Plastiken Umstellungsosteotomien

Kniearthrotomie Meniskus arthroskopisch

Knochen- / Knorpeltransplantationen Meniskus offen

Hand/Ellenbogen

Dupuytrenkontrakturen Schnellende Finger Tennisellenbogen

Karpaltunnelsyndrome

Wirbelsäule

Bandscheibenoperationen arthroskopisch Intraspinale Katheter Peridurale Katheter

Bandscheibenoperationen offen Kryoanalgesien / Thermokoagulationen Periradikuläre Therapien

Epidurale Wirbelsäulen-Katheter nach Racz Offene Wirbelsäulen-OP (z.B. Skoliose) Vertebro- / Kyphoplastien

Facetteninfiltrationen

Hinweis: Für das Setzen von epiduralen **Wirbelsäulenkathetern nach Prof. Dr. Racz** bieten wir keinen Versicherungsschutz.

Sonstige Eingriffe: _____

Durchschnittliche **Anzahl** der Eingriffe pro Woche: _____

Planmäßige Höchstdauer der Eingriffe: _____

Std. _____

Werden **rückenmarksnahe Infiltrationen** ausschließlich unter Bildgebung (CT, Röntgen, Ultraschall etc.) durchgeführt?

ja nein falls nein, welche werden **frei** durchgeführt? _____

Führen Sie **kosmetische Behandlungen (ohne medizinische Indikation)** durch? ja nein

falls ja, bitte Fragebogen ‚Kosmetische Behandlungen‘ beifügen.

Führen Sie **chirotherapeutische Behandlungen** durch? ja nein auch Manipulationen der HWS? ja nein

Werden **Off-Label-Therapien (Off-Label-Use)** durchgeführt? ja nein

falls ja, welche Eingriffe / Behandlungen mit welchen Medikamenten? _____

Behandeln Sie regelmäßig **Profi- bzw. Leistungssportler** (z. B. Bundesligavereine)? ja nein
(falls ja, bitte Zusatzfragebogen Profi- und Leistungssport einreichen)

Sind Sie **telemedizinisch** tätig? ja nein falls ja, wie viele Befundungen pro Woche _____

Versicherungsschutz für telemedizinische Behandlungen und Beratungen kann nur innerhalb Deutschlands geboten werden.

Sind Sie **konsiliarärztlich** und hierbei ausschließlich beratend tätig? ja nein

Führen Sie anderweitige **konsiliarische Tätigkeiten** durch? ja nein

falls ja, welche? _____

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

ja nein falls ja Anästhesieverfahren: _____

falls ja, durch einen Anästhesisten? ja nein

Wie ist die Versorgung im Notfall gewährleistet? Intensivmedizinische Geräte sind vorhanden ja nein

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? _____

Haben Sie angestellte Fachärzte?

Bitte ggf. Name(n) und Fachrichtung(en) angeben: _____

Art und Umfang der Aufklärung

Die Aufklärung des Patienten erfolgt mündlich schriftlich mittels proCompliance / DIOMed

andere Formblätter

digitale Aufklärung: mit synMedico anderes System

Sind bei der Aufklärung Zeugen zugegen? ggf. wer? _____

Wann findet die Aufklärung statt?

mindestens _____ höchstens _____ Stunden / Tage vor der Operation / Behandlung

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

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 Vollständigkeit und 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 Rückkaufwertes.

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.