

DERMATOLOGIE

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 Aufwachräume _____ 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.

Welche Eingriffe werden durchgeführt?

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

<input type="checkbox"/> Analfissuren	<input type="checkbox"/> Fremdkörperentfernungen	<input type="checkbox"/> Phimose-OP's / Zirkumzisionen
<input type="checkbox"/> Abszess-Eröffnungen	<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden-OP's	<input type="checkbox"/> Varizen-OP's / Venenstripping
<input type="checkbox"/> Chiva-OP's	<input type="checkbox"/> Hautfalten am After	<input type="checkbox"/> (Verschiebe-) und andere Hautplastiken
<input type="checkbox"/> Entfernung gut- und bösartiger Hautveränderungen (oberflächlich)	<input type="checkbox"/> Lymphknotenexstirpationen	<input type="checkbox"/> kleinflächig <input type="checkbox"/> großflächig
<input type="checkbox"/> Exzisionen am Knochen	<input type="checkbox"/> Naevus-Entfernungen	<input type="checkbox"/> Veröden von Varizen
	<input type="checkbox"/> Nagelentfernungen	

Sonstige Eingriffe: _____

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

Welche kosmetischen Eingriffe und Behandlungen werden durchgeführt?

	Anzahl pro Jahr	Erfahrung seit (Jahr)		Anzahl pro Jahr	Erfahrung seit (Jahr)
Anti-Aging (hormonell)	_____	_____	Permanente Filler	_____	_____
Besenreiser-Verödungen	_____	_____	Permanent Make up	_____	_____
Botulinumtoxin	_____	_____	Piercings	_____	_____
Carboxytherapie	_____	_____	PRP-Behandlung	_____	_____
Dermabrasionen	_____	_____	Radiofrequenztherapie (Radiage)	_____	_____
Eigenfettunterspritzungen	_____	_____	Resorbierbare Filler	_____	_____
Fadenliftings	_____	_____	Skinresurfacing (Laser)	_____	_____
Haartransplantationen	_____	_____	Tattooentfernung	_____	_____
Hyperhidrosebehandlung (Botox)	_____	_____	Thermage	_____	_____
Injektionslipolyse	_____	_____	Ultherapie	_____	_____
Kryolipolyse	_____	_____	Sonstige:	_____	_____
Lasertherapie (Epilation, Gefäße etc.)	_____	_____			
Lidplastiken	_____	_____			
Mesotherapie	_____	_____			
Needling	_____	_____			
Peelings (LHA, AHA, TCS etc.)	_____	_____			

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.