

# GYNÄKOLOGIE UND PRÄNATALDIAGNOSTIK

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.*

## Welche Eingriffe werden durchgeführt?

nur ambulante Eingriffe

ambulante und stationäre Eingriffe

Anzahl der Belegbetten: \_\_\_\_\_

### Allgemein

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abortcurettagen                          | <input type="checkbox"/> Hymenrekonstruktionen                               | <input type="checkbox"/> Laparotomien               |
| <input type="checkbox"/> Abrasionen / Curettagen                  | <input type="checkbox"/> Hymenspaltungen                                     | <input type="checkbox"/> Marsupialisierungen        |
| <input type="checkbox"/> Abruptio graviditatis                    | <input type="checkbox"/> Hysterosalpingographien                             | <input type="checkbox"/> Muttermundverschorfungen   |
| <input type="checkbox"/> Abszessöffnungen                         | <input type="checkbox"/> Hysteroskopien                                      | <input type="checkbox"/> PCO-Operationen            |
| <input type="checkbox"/> Adnex-Operationen                        | <input type="checkbox"/> diagnostisch <input type="checkbox"/> therapeutisch | <input type="checkbox"/> Refertilisierungen         |
| <input type="checkbox"/> Beckenbodenplastiken                     | <input type="checkbox"/> Hysterektomien                                      | <input type="checkbox"/> Spiralen legen / entfernen |
| <input type="checkbox"/> Blasenmolenausräumungen                  | <input type="checkbox"/> Implanon einsetzen / entfernen                      | <input type="checkbox"/> Sterilisationen            |
| <input type="checkbox"/> Condylome                                | <input type="checkbox"/> Konisationen  | <input type="checkbox"/> Vaginalzysten              |
| <input type="checkbox"/> Gebärmutterosenkungen                    | <input type="checkbox"/> Laparoskopien / Pelviskopien                        |   |
| <input type="checkbox"/> leichte <input type="checkbox"/> schwere | <input type="checkbox"/> diagnostisch <input type="checkbox"/> therapeutisch |   |

### Brust

- Feinnadelpunktionen    sonstige Gewebeentnahmen    Mamma-Ca-OP  
 Stanzbiopsien    Exzision gutartiger Tumore

### Eingriffe pränatal

- Amniozentesen    Chorionzottenbiopsien    Chordozentesen  
 Cerclagen    abdominal    zervikal

### Sonographie pränatal

- Basisdiagnostik    weiterführende Diagnostik - DEGUM III    Nackentransparenzmessung  
 weiterführende Diagnostik - DEGUM II    Erst-Trimester-Screening

### Labor / eigene Auswertungen

- Erst-Trimester-Screening    pränatale Molekulargenetik    Triple-Test  
 PID    pränatale Zytogenetik    Zytologie / PAP etc.

Sonstige Eingriffe: \_\_\_\_\_

Durchschnittliche Anzahl der Eingriffe pro Woche: \_\_\_\_\_

Planmäßige Höchstdauer der Eingriffe: \_\_\_\_\_ Std.

## Welche Ultraschallqualifikation haben Sie?

DEGUM I    DEGUM II    DEGUM III

## Ist Pränataldiagnostik Praxisschwerpunkt

ja    nein

Durchschnittliche Anzahl der DEGUM II / III Untersuchungen pro Woche: \_\_\_\_\_

Werden reproduktionsmedizinische Eingriffe (IVF, Insemination etc.) durchgeführt?  nein    ja, und zwar:

*falls ja, bitte Zusatzfragebogen 'Reproduktionsmedizin' beifügen*

Bieten Sie nicht-invasive Pränataltests (NIPT) (z.B. 'Harmony-' oder 'Panorama-Test') an?  ja    nein

Erfolgt die Testauswertung NIPT durch ein deutsches Labor?  ja    nein

Besteht ein eigenes Labor?  ja    nein

falls ja:  für den eigenen Bedarf

auch für Fremdbedarf (Einsendelabor)

Anzahl der Einsender? \_\_\_\_\_

Einsender

Anzahl der angestellten MTA / Zytologieassistenten? \_\_\_\_\_

Personen

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

*falls ja, bitte Fragebogen ‚Kosmetische Behandlungen‘ beifügen.*

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

falls ja, welche Eingriffe / Behandlungen mit welchen Medikamenten? \_\_\_\_\_

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.

**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

**Gab es Haftpflichtansprüche aus dem Bereich der Pränataldiagnostik?**  ja  nein

Anzahl der Schäden: \_\_\_\_\_ Gesamtaufwand inklusive Reserven: \_\_\_\_\_ EUR

Kurze Schilderung der Schäden – *gegebenenfalls bitte Beiblatt verwenden.*

**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 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 Gefahrsicherung 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.