

# Risikoanalyse für Humanmediziner und Zahnmediziner

**Wichtiger Hinweis:** Bitte beachten Sie, dass der Versicherer auf eine wahrheitsgemäße Erklärung seine Entscheidung über die Annahme des Antrags stützt. Unwahre und 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.

## Vertragsführende Stelle:

Janitos Versicherung AG  
 Im Breitspiel 2-4 | 69126 Heidelberg  
 Fon: +49 (0) 6221 709 1590 | Fax: +49 (0) 6221 709 1001  
 E-Mail: versicherung@janitos.de | www.janitos.de

## Risikoträger und Hersteller:

HDI Versicherung AG  
 HDI-Platz 1 | 30659 Hannover  
 Telefon +49 (0) 511 645 0  
 www.hdi.de

Die Janitos Versicherung AG ist allein die vertragsführende Stelle.  
 Alleiniger Risikoträger und Hersteller ist die HDI Versicherung AG, HDI-Platz 1, 30659 Hannover.  
 Diese ist auch für die Bearbeitung der Schadenfälle im Bereich der Berufshaftpflichtversicherung zuständig.

1. INTERESSENT/KUNDE.

Versicherungsscheinnummer Janitos: \_\_\_\_\_

Frau  Herr  Firmierung **Name/Vorname/Firmierung:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

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

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

**Zulassungsausschuss bei Kassen(zahn)ärztlicher Vereinigung:** \_\_\_\_\_

2. DECKUNGSSUMMEN  
 BERUFSHAFTPFLICHT-  
 VERSICHERUNG.

**5 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden**

**7,5 Mio. Euro pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden**

Die Gesamtleistung des Versicherers für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres ist auf das Dreifache dieser Deckungssumme begrenzt.

3. ALLGEMEINE THEMEN.

## BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN.

**Humanmediziner**  **Zahnmediziner**

Facharztbezeichnungen: \_\_\_\_\_ erlangt am: \_\_\_\_\_

Zusatzbezeichnungen: \_\_\_\_\_

Unterhalten Sie eine Zweigpraxis im Ausland oder sind Sie im Ausland tätig?  ja  nein  
 (Falls ja, bitte den Ergänzungsbogen zur Auslandstätigkeit ausfüllen.)

Betreuen Sie Profi- und Leistungssportler, Bundesligavereine, Nationalmannschaften oder unterhalten Sie ein exklusives Betreuungsverhältnis bei Sport-, Musik- und Kulturveranstaltungen?  ja  nein  
 (Falls ja, bitte den Ergänzungsbogen für die Betreuung von Profi- und Leistungssportlern ausfüllen.)

Werden Tätigkeiten im Rahmen von klinischen Studien erbracht?  ja  nein

Falls ja, bitte geben Sie Art und Umfang der Tätigkeit an:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nehmen Sie folgende kosmetisch indizierte Operationen/Behandlungen vor? (Bei Janitos nicht versicherbar.)  
 Brustkorrekturen, Bauchdeckenplastik, Liposuktionsbehandlungen (Fettabsaugungen), Gesäß- und Reiterhosenplastik, operative Komplett-Face-Liftings, Intimoperationen, nicht medizinisch indizierte bariatrische Eingriffe.  ja  nein

**Wichtiger Hinweis:** Für sonstige nicht medizinisch 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 Aufklärungsbögen der Firmen „proCompliance“ oder „Diomed“ erfolgt.

**Zusätzlich gilt für Zahnmediziner:** Vom Versicherungsschutz sind ausschließlich Behandlungen erfasst, die für den Zahnarzt gemäß Zahnheilkundengesetz zulässig sind. Wir empfehlen, die Zulässigkeit vor Aufnahme der Tätigkeit ggf. mit der Bundeszahnärztekammer zu klären.

Üben Sie neben den bei uns versicherten Behandlungen noch weitere ärztliche Tätigkeiten aus (z.B. paralleles Anstellungsverhältnis, stationäre Tätigkeit in einer Klinik etc.), die über andere Institutionen versichert sind (z.B. Betriebshaftpflichtversicherer des Krankenhauses)?

ja  nein

Falls ja, bitte Angabe:

---

**1. Praxisanschrift | Straße und Hausnummer:** \_\_\_\_\_ **PLZ:** \_\_\_\_\_ **Stadt:** \_\_\_\_\_

**2. Erstinvernahmezeitpunkt:** \_\_\_\_\_

**3. Ihre Firmierung:**

Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  Praxisgemeinschaft  Praxisklinik\*

Tagesklinik\*  Teilberufsausübungsgemeinschaft\*\*  Partnerschaftsgesellschaft\*\*

Ist der Praxenpartner auch bei Janitos versichert?  nein  ja, Versicherungsscheinnummer \_\_\_\_\_

\*Bitte gesonderte Risikoanalyse ausfüllen.

\*\* Partnergesellschaften mit beschränkter Haftung sind bei Janitos nicht versicherbar.

**4. Haben Sie einen Job-Sharing-Partner?**  ja, Name \_\_\_\_\_  nein

**5. Ihre berufliche Tätigkeit**

ambulante konservative Tätigkeit (ohne endoskopische und operative Eingriffe)

ambulante operative Tätigkeit

ambulante und stationäre Tätigkeit als Beleg- oder Honorararzt (nicht in eigener Klinik) mit bis zu 10 Betten / Anzahl Belegbetten \_\_\_\_\_

sonstige Tätigkeit gemäß Tarif \_\_\_\_\_

**Wichtiger Hinweis:** - Bei Outsourcing eines kompletten Krankenhausbereichs reichen Sie bitte zusätzlich den Kooperationsvertrag mit dem Krankenhaus ein.  
- Bei stationären konsiliarärztlichen/honorarärztlichen Tätigkeiten bitte den Ergänzungsbogen für stationäre konsiliarärztliche/honorarärztliche Tätigkeiten ausfüllen.

Werden endoskopische Eingriffe vorgenommen?  ja  nein

Werden laserchirurgische Behandlungen vorgenommen?  ja  nein

Werden Organ- und/oder Gelenkpunktionen, intraartikuläre Injektionen und/oder Infiltrationen vorgenommen?  ja  nein

Werden ambulante wirbelsäulennahe Injektionen und/oder Infiltrationen vorgenommen?  ja  nein

**6. Ihre Patientenaufklärung**

Erfolgt die Aufklärung über die Risiken operativer Eingriffe ausschließlich mithilfe der Aufklärungssysteme der Firmen „proCompliance“ oder „Diomed“?  ja  nein

**7. Ihre angestellten Fachärzte/Zahnärzte**

Angestelltes medizinisches Fachpersonal und nichtärztliche Praxisassistenten, Ärzte in der Ausbildung ohne Facharztanerkennung, Medizinstudenten, Praktikanten (weisungsgebunden) und bis zu zwei angestellte Fachärzte - bei gleichem Fachgebiet und gleicher bzw. geringerer Tätigkeitseinstufung oder Jobsharing-Angestellte - sind prämienfrei mitversichert. Gilt nicht für Jobsharing-Partner, Kinderwunschzentren, medizinische Laboratorien und Pathologiepraxen.

Beschäftigen Sie angestellte Fachärzte/Zahnärzte?  ja Anzahl: \_\_\_\_\_  nein

Bitte alle angestellten Fachärzte angeben - auch prämienfrei mitversicherte.

Name	Fachrichtung	ambulant konservativ	ambulant operativ	ambulant und stationär
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Ihre Fachgebietsspezifika**

**Facharzt für Anästhesiologie**

- Werden Narkosen durchgeführt?  ja  nein
- Sind Sie ausschließlich schmerztherapeutisch tätig?  ja  nein

**Facharzt für Augenheilkunde**

- Anzahl der angestellten Orthoptisten/Orthoptiker: \_\_\_\_\_
- Erzielen Sie einen Handelsumsatz von über 10.000 Euro mit Kontaktlinsen, Kontaktlinsenflüssigkeiten, etc.?  ja  nein
- Falls ja, wie hoch ist der Umsatz? \_\_\_\_\_
- Unterhalten Sie ein rechtlich eigenständiges Unternehmen (z. B. ein Kontaktlinsenstudio oder ein Lasikzentrum)?  ja  nein

**Facharzt für Chirurgie/Orthopädie und Unfallchirurgie/Orthopädie**

Unter der Voraussetzung eines umfassenden Aufklärungsgespräches inkl. Dokumentation mit Hilfe der Systeme von proCompliance und/oder Diomed sind im Rahmen der konservativen Tätigkeit folgende Behandlungen mitversichert:

- intraartikuläre Injektionen und Gelenkpunktionen
- Spritzen von Nukliden bei der Radiosynoviorthese in Zusammenarbeit mit einem Radiologen/Nuklearmediziner
- Facettenblockaden, Facetteninfiltrationen und Facettendenerwierungen
- paravertebrale Infiltrationen
- periradikuläre Therapie (nur mit Zuhilfenahme von bildgebenden Verfahren)

Ohne Verwendung der Aufklärungsverpflichtung ist die Einstufung in der Position ambulante operative Tätigkeiten anzuwenden.

Verpflichten Sie sich zu o.g. Aufklärung?  ja  nein

Werden endoprothetische Eingriffe vorgenommen?  ja  nein

**Facharzt für Dermatologie**

- Anzahl der angestellte Kosmetiker/innen: \_\_\_\_\_
- Unterhalten Sie ein rechtlich selbstständiges Unternehmen (z. B. ein Kosmetikinstitut)?  ja  nein
- Erzielen Sie einen Handelsumsatz von über 10.000 Euro mit Kosmetika und Pflegeprodukten, etc.?  ja  nein
- Falls ja, wie hoch ist der Umsatz? \_\_\_\_\_

**Facharzt für Gynäkologie**

- Anzahl der angestellten Hebammen (ohne Geburtshilfe): \_\_\_\_\_
- Wird aktive Geburtshilfe geleistet?  ja  nein
- Nehmen Sie Abrasionen, Inseminationen, Stanzbiopsien und/oder Mammapunktionen vor?  ja  nein
- Nehmen Sie Amniozentesen (Fruchtwasserpunktionen), Chorionzotten- bzw. Plazentabiopsien und/oder Nabelschnurpunktionen vor?  ja  nein
- Führen Sie nicht invasive pränatale Screening Tests (NIPT) durch, bei denen die Laborleistung nicht innerhalb Deutschlands vorgenommen wird?  ja  nein
- Sind Sie reproduktionsmedizinisch tätig?  ja  nein
- Betreiben Sie ein zytologisches Labor für fremde Zwecke? (ohne Pränataldiagnostik)  ja  nein
- Anzahl der Mitarbeiter \_\_\_\_\_

**Facharzt Innere Medizin und Allgemeinmedizin**

- Führen Sie proktologische Eingriffe durch?  ja  nein

**Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie**

- Führen Sie Katheterisierungen durch?  ja  nein
- Führen Sie transösophageale Echokardiographien (TEE) durch?  ja  nein

**Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie**

- Wie viele Dialyseplätze haben Sie? \_\_\_\_\_
- Führen Sie Nierenbiopsien durch?  ja  nein

**Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin**

- Führen Sie proktologische Eingriffe durch?  ja  nein

**Pathologie/Laboratoriumsmedizin (medizinische Laboratorien)**

Unterhalten Sie ein medizinisches Laboratorium für fremden Bedarf? (Versicherungsschutz wird nur solchen Laboratorien geboten, die keine Pränataldiagnostik, Fruchtwasseruntersuchungen usw. vornehmen)  ja  nein

Anzahl Inhaber: \_\_\_\_\_

Anzahl angestellter Ärzte, Chemiker, Biologen, Apotheker: \_\_\_\_\_

Anzahl Laboranten, med.-technische Assistenten: \_\_\_\_\_

**Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin**

- Anzahl der angestellten Gesundheitsfachberufler z.B. Physiotherapeuten: \_\_\_\_\_

**Zahnärzte/Fachärzte für Oralchirurgie/Kieferorthopäden**

- Werden durch einen Zahnmediziner Lachgasnarkosen vorgenommen?  ja  nein
- Setzen Sie dentale Implantate?  ja  nein
- Unterhalten Sie ein zahntechnisches Labor - auch für fremde Zwecke?  ja  nein
- (Eigener Betriebshaftpflicht-Vertrag erforderlich)

**1. Ihre Dienststellung**

- Chefarzt/leitender Oberarzt/ärztlicher Direktor, Leiter selbständiger Abteilungen
- Oberarzt/Funktionsoberarzt
- Assistenz-/Facharzt
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**2. Ist Ihre dienstliche Tätigkeit über eine Versicherung Ihres Arbeitgebers abgedeckt (mit Verzicht des Regresses bei grober Fahrlässigkeit)?**

- ja     nein

**3. Ihr gewünschter Versicherungsschutz bei Janitos**

- dienstliche und gelegentliche 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 Praxisvertretung)
- ärztliches Restrisiko - Basisdeckung (Erste-Hilfe-Leistungen, Behandlungen in Notfällen und im Verwandten- und Bekanntenkreis)
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Ihr gewünschter Versicherungsschutz bei Janitos**

- Praxisvertretungen
- Konsiliararztstätigkeit\*
- Honorararztstätigkeit\*
- Anzahl Tage im Jahr: \_\_\_\_\_

- ambulante konservative Tätigkeit
- ambulante operative Tätigkeit
- ambulante und stationäre Tätigkeit\*
- sonstige Tätigkeit gemäß Tarif\* \_\_\_\_\_

\*Bei stationären und konsiliarärztlichen/honorarärztlichen Tätigkeiten bitte den Ergänzungsbogen für stationäre konsiliarärztliche/honorarärztliche Tätigkeiten ausfüllen.

**Ihr gewünschter Versicherungsschutz bei Janitos**

- Basisdeckung (Erste-Hilfe-Leistungen, Behandlungen in Notfällen und im Verwandten- und Bekanntenkreis)
- Basisdeckung einschl. einer gelegentlichen freiberuflichen ambulanten Tätigkeit

**1. Humanmediziner**
 **Medizinstudent**
**Ihr gewünschter Versicherungsschutz bei Janitos**

- gesetzliche Haftpflicht im Rahmen des Ausbildungsverhältnisses
- Mitversicherung der freiberuflichen Tätigkeit als OP-Assistent/in, aus der Durchführung von Blutentnahmen und dem Legen von peripheren venösen Zugängen an bis zu 10 Tagen im Monat

 **Assistenzarzt ohne Gebietsbezeichnung – in der 1. Facharztausbildung –**

Welche Facharztanerkennung streben Sie an? \_\_\_\_\_  
 Beginn der Facharztausbildung \_\_\_\_\_  
 Geplantes Ende der Facharztausbildung \_\_\_\_\_

**Ihr gewünschter Versicherungsschutz bei Janitos**

- dienstliche und gelegentliche außerdienstliche ambulante Behandlung
- Mitversicherung einer freiberuflichen rein ambulanten Nebentätigkeit aus der Vornahme von Faltenunterspritzungen (ohne eigene Praxis)
  - bis 25 mal im Jahr
  - über 25 mal im Jahr
- Mitversicherung einer freiberuflichen honorarärztlichen Nebentätigkeit aus der Vornahme von Stations- und Nachtdiensten in einer rein psychiatrischen Klinik\*
  - bis 50 Tage im Jahr
  - über 50 Tage im Jahr
- Mitversicherung einer freiberuflichen honorarärztlichen Nebentätigkeit aus der Vornahme von Stations- und Nachtdiensten in einem/r Krankenhaus/Klinik\*
  - bis 50 Tage im Jahr
  - über 50 Tage im Jahr
- Sonstige freiberufliche Nebentätigkeit; bitte geben Sie Art und Umfang an: \_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie bei einer sonstigen freiberuflichen Nebentätigkeit die Risikoanalyse für freiberufliche Nebentätigkeiten von Assistenzärzten in der Weiterbildung aus.

\*Voraussetzung des Versicherungsschutzes ist, dass mit Ausnahme einer notärztlichen Erstversorgung keine operativen Eingriffe vorgenommen werden. Der Versicherungsnehmer ist nicht allein als Arzt (z.B. in einer Privat- oder Belegklinik) tätig und ein Facharzt befindet sich in Rufbereitschaft.

**2. Zahnmediziner**

- gesetzliche Haftpflicht im Rahmen des Ausbildungsverhältnisses als Zahnmedizinstudent/-in
- dienstliche und gelegentliche außerdienstliche ambulante Behandlung für Assistenzzahnärzte in Vorbereitung zur Erlangung der kassenzahnärztlichen Zulassung (Dauer: 2 Jahre)
- dienstliche und gelegentliche außerdienstliche ambulante Behandlungen für Assistenzzahnärzte in der Ausbildung zur/m Fachzahnärztin/-arzt für Oralchirurgie oder Kieferorthopädie (Dauer: 3 Jahre)

Ergänzende Risikobeschreibungen, Besondere Vereinbarungen, wie z.B. ärztliche Gutachter, notärztliche Tätigkeit:

---



---



---



---

**BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN.**

- bei Janitos** Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_
- anderer Versicherer**
- Name der Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_ Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_
- keine Vorversicherung**
- Wurden Sie in den letzten 5 Jahren haftpflichtig gemacht?  ja, Anzahl der Schäden \_\_\_\_  nein
- Ablauf der Vorversicherung: \_\_\_\_\_ Kündigung durch:  Versicherungsnehmer  Versicherer
- Wurde eine Neuordnung gefordert?  ja  nein

**Wichtiger 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 wurde. Bei einer Falschangabe ist der Versicherer zum Rücktritt wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung berechtigt.

**Nur auszufüllen, wenn sich Änderungen in Ihrer Berufshaftpflichtversicherung ergeben haben und eine Privathaftpflichtversicherung besteht.**

**Wichtiger Hinweis:** Eine Mitversicherung ist ab Zeitpunkt einer Vertragsänderung im Rahmen der Berufshaftpflichtversicherung **NICHT** mehr möglich.

**Für ein Angebot zur Privathaftpflichtversicherung nehmen wir gern mit Ihnen Kontakt auf.**

Bitte setzen Sie sich mit mir in Verbindung:

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Bitte informieren Sie meine/n persönliche/n Berater/in für eine Angebotsberechnung.

Nein, ich möchte keine Beratung zur Privathaftpflichtversicherung und bin mir darüber bewusst, dass die Privathaftpflichtversicherung zum Zeitpunkt der Facharztanerkennung endet.