

# Haftpflichtversicherung Bestätigung

Name Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_

## Beruflicher Status:

- Assistenzarzt ohne Gebietsbezeichnung / in Weiterbildung
- Angestellter Facharzt für \_\_\_\_\_
- Facharzt ohne leitende Funktion/Stationsarzt für \_\_\_\_\_
- Oberarzt / Arzt mit Oberarzt-Funktion für \_\_\_\_\_
- Leitender Oberarzt als Chefarztvertreter für \_\_\_\_\_
- Chefarzt für \_\_\_\_\_

**Die persönliche gesetzliche Haftpflicht der oben genannten Person ist in folgendem Umfang abgesichert:**

- dienstlich:**
- nur ambulant  ambulant operativ  ambulant und stationär  inkl. Geburtshilfe
- freiberuflich:**
- nur ambulant  ambulant operativ  ambulant und stationär  inkl. Geburtshilfe

**Der Arbeitgeber verzichtet bei grober Fahrlässigkeit grundsätzlich auf die Prüfung eines Regresses gegen den Arbeitnehmer:**

ja  nein

## Zusatzabsicherung durch den Arbeitgeber:

- Abhandenkommen / Verlust von überlassenen Schlüssel  ja  nein
  - Erweiterter Strafrechtsschutz für dienstliche ärztliche Tätigkeiten  ja  nein
  - Erweiterter Strafrechtsschutz für außerdienstliche ärztliche Tätigkeiten  ja  nein
  - außerdienstliche Restrisiken  ja  nein
- (z.B. Notfalldienste, Erste-Hilfe-Leistungen (weltweit), Freundschaftsdienste, Arzt auf Veranstaltung, Gutachtertätigkeit, Blutentnahmen, Impftätigkeit, Akupunktur (auch freiberuflich)) - **unzutreffendes bitte streichen** -

**Der Arbeitgeber bestätigt, dass er einen Haftpflichtversicherungsvertrag unterhält:**

- ja, bei Versicherer \_\_\_\_\_  
mit den Versicherungssummen (in Euro) für \_\_\_\_\_
- Personenschäden
- Sachschäden
- Vermögensschäden
- mit einem Eigenbehalt
- nein, da Eigenversicherer

**Wir legen eine Kopie des Versicherungsumfangs bei.**

ja  nein

**Datum, Ort, Stempel, Name und Unterschrift:**