

## Anlage 1:

### **Formular zur Vorlage beim Arbeitgeber**

### **Bestätigung zum Deckungsumfang der Berufshaftpflichtversicherung**

Daten zum Arbeitnehmer:
-------------------------

Daten zum Arbeitgeber:
------------------------

### Bestätigung zur Berufshaftpflichtversicherung für angestellte Ärzte und Zahnärzte

Sehr geehrte/-r Frau/ Herr / Dr.

<b>Wir bestätigen Ihnen, dass Ihre ärztliche Tätigkeit als angestellter</b>	
<input type="checkbox"/> Assistenzarzt in Weiterbildung	<input type="checkbox"/> Assistenz Zahnarzt in Vorbereitungszeit
<input type="checkbox"/> Facharzt	<input type="checkbox"/> Zahnarzt
<input type="checkbox"/> Oberarzt / <input type="checkbox"/> Funktionsoberarzt	<input type="checkbox"/> Chefarzt
<input type="checkbox"/> ärztlicher Direktor	<input type="checkbox"/> Sonstiges

<b>über einen Haftpflichtversicherungsvertrag des Arbeitgebers/ Praxisinhabers/ Krankenhausträgers versichert ist. Es besteht Versicherungsschutz für die</b>		
<input type="checkbox"/> dienstlich ärztliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja, komplette dienstliche Deckung gegeben (inkl. persönlicher Haftpflicht) (Ein etwaiges Regress-Risiko bei grober Fahrlässigkeit ist über die Berufs-/ Betriebshaftpflicht des Arbeitgebers gedeckt)	<input type="checkbox"/> nein, es besteht ein Regressrisiko bei grober Fahrlässigkeit. (Ggf. auch innerhalb eines vereinbarten SB im Rahmen der Berufs-/ Betriebshaftpflicht des Arbeitgebers)
<input type="checkbox"/> freiberuflicher ärztlicher Tätigkeit	<input type="checkbox"/> KV-Ermächtigung <input type="checkbox"/> Privatliquidation <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär
<input type="checkbox"/> gelegentliche außerdienstliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Notarzteinsätze <input type="checkbox"/> Erste-Hilfe-Leistungen <input type="checkbox"/> Dienste im Freundes-/Bekannteskreis <input type="checkbox"/> Praxisvertretungen <input type="checkbox"/> Sonstiges	

Ort, Datum	Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers