

Haftpflichtversicherung – Bestätigung des Krankenhausträgers

Wir bestätigen Frau Herrn

Straße/Ort

in ihrem/seinem beruflichen Status als

Assistenzarzt ohne Gebietsbezeichnung

Assistenzarzt mit Gebietsbezeichnung für/

Facharzt ohne leitende Funktion/Stationsarzt für:

Oberarzt/Arzt mit Oberarzt-Funktion für:

Chefarzt für:

dass wir für unsere Krankenanstalt in

Landsträgerschaft

Kreisträgerschaft

sonstiger Trägerschaft

kommunaler Trägerschaft

privater Trägerschaft

einen Haftpflichtversicherungsvertrag

bei Versicherer:

Eigenversicherer nein ja – unterhalten, und zwar:

unter der Versicherungsscheinnummer:

Versicherungssummen (in Euro):

begrenzt auf:

maximiert auf das

Personenschäden

Sachschäden

Vermögensschäden

-fache im Versicherungsjahr

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

dienstlich:

nur ambulant

nur stationär

ambulant und stationär

inkl. Operationen

inkl. Geburtshilfe

freiberuflich:

ambulant

ambulant und stationär

inkl. Operationen

inkl. Geburtshilfe

außerdienstliche Restrisiken (Notfalldienst, Erste-Hilfe-Leistungen, Freundschaftsdienste usw.)

Wir nehmen bei grober Fahrlässigkeit Regress

ja nein

Erweiterter Strafrechtsschutz für dienstliche Tätigkeiten

ja nein

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift