

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 kommunaler Trägerschaft
 Kreisträgerschaft privater Trägerschaft
 sonstiger Trägerschaft

einen Haftpflichtversicherungsvertrag

bei Versicherer:

unter der Versicherungsscheinnummer:

Versicherungssummen (in Euro):

begrenzt auf:

maximiert auf das

Eigenversicherer nein ja - unterhalten, und zwar:

_____ **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