



## Vereinbarung zum Qualitätsmanagement

für niedergelassene / freiberuflich tätige Ärzte

**Versicherungsnehmer/in:**

-----

**Funk-Nr. (oder Versicherungsschein-Nr.)**

-----

**Fachrichtung(en)**

-----

**Datum der Facharztanerkennung:**

-----

### **Erklärung:**

Hiermit erkläre ich, meine Patienten vor allen Operationen, Infiltrationen, endoskopischen Eingriffen, intra-artikulären Injektionen, Gelenk- und Lumbalpunktionen sowie kosmetischen Behandlungen umfassend persönlich aufzuklären und die Aufklärungsinhalte schriftlich, mit Einverständniserklärung des Patienten, zu dokumentieren. Die Aufklärung enthält alle medizinischen Risiken, Vor- und Nachteile der Behandlung, Alternativmethoden sowie das zu erwartende Ergebnis.

Bei kosmetischen Eingriffen / Behandlungen weise ich insbesondere auf ggf. entstehende und privat zu tragende Folgekosten der OP bzw. Behandlung hin.

Die Vereinbarung gilt ebenfalls für off-label-Therapien und off-label-Diagnostik (Einsatz von Medikamenten außerhalb ihrer arzneimittelrechtlichen Zulassung bezüglich Anwendungsgebiet / Indikation, Darreichungsform, Dosierung und Anwendergruppe).

### **Einschränkung bei Nichterfüllung:**

Bei nicht erfolgter oder mangelhafter Aufklärung und Dokumentation, wie oben erläutert, beteiligt sich der/die Versicherungsnehmer/in an den Aufwendungen der Schadenabwicklung mit 2.500 €. Der Versicherer geht hierbei in Vorleistung.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift Versicherungsnehmer/in