

# Praxisabgabemanagement

## Datenerhebungsbogen für

\_\_\_\_\_

(Praxisabgeber/in)

### 1. Angaben zum Praxisabgeber

Titel, Vorname, Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz/Mobil \_\_\_\_\_

Telefax/E-Mail \_\_\_\_\_

### 2. Kontaktdaten Praxis

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Telefax \_\_\_\_\_

E-Mail/Homepage \_\_\_\_\_

| Öffnungszeiten           |                    |                    |                    |                    |                    |
|--------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Montag                   | Dienstag           | Mittwoch           | Donnerstag         | Freitag            | Samstag            |
| von:<br>bis: _____       | von:<br>bis: _____ | von:<br>bis: _____ | von:<br>bis: _____ | von:<br>bis: _____ | von:<br>bis: _____ |
| von:<br>bis: _____       | von:<br>bis: _____ | von:<br>bis: _____ | von:<br>bis: _____ | von:<br>bis: _____ | von:<br>bis: _____ |
| <b>Summe in Stunden:</b> |                    |                    |                    |                    |                    |

### 3. Leistungsschwerpunkte

|   |  |  |
|---|--|--|
| Prothetik <input type="checkbox"/>      | Implantologie <input type="checkbox"/>       | Oralchirurgie <input type="checkbox"/>             |
| Endodontie <input type="checkbox"/>     | Prophylaxe <input type="checkbox"/>          | Kieferorthopädie <input type="checkbox"/>          |
| Parodontologie <input type="checkbox"/> | Kinderzahnheilkunde <input type="checkbox"/> | Ästhetische Zahnheilkunde <input type="checkbox"/> |

**4. Allgemeine Praxisangaben**

|                    |                             |                              |                             |                              |                                  |
|--------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| <b>Praxisform*</b> | <input type="checkbox"/> EP | <input type="checkbox"/> BAG | <input type="checkbox"/> PG | <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> Sonst.: |
|--------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------------|

|                   |   |                      |   |
|-------------------|---|----------------------|---|
| Gründung Praxis   |   | Mietobjekt           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Gesamtfläche      |   | Stockwerk            |   |
| Aufzug            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Barrierefreiheit     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Anzahl Behandler  |   | Anzahl Mitarbeiter   |   |
| PZR-Behandler     |   | Preis PZR-Behandlung |   |
| Behandlungszimmer |   | davon PZR-Zimmer     |   |
| Praxislabor       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Laborpartner         |   |

\* EP = Einzelpraxis, BAG = Berufsausübungsgemeinschaft, PG = Praxisgemeinschaft, MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum

**5. Gebäudeangaben** (z. B. Gebäudeart, Baujahr, Lage, Parkplatzsituation)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**6. Praxiskennzahlen/Eigenschaften**

|                                   | 2014 | 2015 | 2016 | lfd. Jahr |
|-----------------------------------|------|------|------|-----------|
| Umsatz über KZV vereinnahmt       |      |      |      |           |
| Umsatz nicht über KZV vereinnahmt |      |      |      |           |
| Kosten                            |      |      |      |           |
| Scheinzahlen Kons./Chir. (GKV)    |      |      |      |           |
| Fallzahlen (PKV)                  |      |      |      |           |
| Umsatz PZR                        |      |      |      |           |
| Umsatz Praxislabor                |      |      |      |           |
| Umsatz Endodontie                 |      |      |      |           |
| Umsatz Parodontologie             |      |      |      |           |
| Anzahl der gesetzten Implantate   |      |      |      |           |

## 7. Allgemeine Angaben zur Abgabe

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Abgabegrund                    | <input type="checkbox"/> Alter <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| Wertschätzungsgutachten        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |
| Abgabezeitpunkt                |   |
| Abgabegegenstand               | <input type="checkbox"/> Praxisimmobilie <input type="checkbox"/> Praxis                              |
| Übergangsgemeinschaft (Monate) |   |
| Kaufpreisvorstellung           |   |

## 8. Benötigte Unterlagen zur Datenerfassung

Für möglichst genaue Aussagen sollten Sie uns – neben der Beantwortung der vorstehenden Fragen – folgende Unterlagen zur Verfügung stellen:

- Aktuelle BWA des laufenden Geschäftsjahres mit Anlageverzeichnis und Summen- und Saldenlisten
- Abschlüsse der letzten drei Geschäftsjahre
- Anzahl der Patienten des aktiven Patientenstamms (letzte zwei Jahre)
- Auflistung werthaltiger Praxisausstattung (Behandlungseinheiten, Software, Cerec, Laser, Röntgen etc.) mit Angaben zum Hersteller, Modell, Baujahr/Alter und zusätzlichen nennenswerten Angaben)
- Auflistung der Räumlichkeiten (Behandlungszimmer, Büro, Sozialraum etc.) mit Angaben zur Nutzung, Größe und Erweiterbarkeit der Praxis

---

Bitte nehmen Sie zur Vereinbarung eines unverbindlichen Beratungstermins telefonisch Kontakt mit mir auf. Sie erreichen mich

am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_

bzw. am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_

unter meiner oben genannten Mobilnummer/Festnetznummer (*nicht zutreffendes bitte streichen*).

---

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihre SMS GmbH & Co. KG

Dirk Schulz  
- Geschäftsführer -