

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: _____ bis: _____	von: _____ bis: _____	von: _____ bis: _____	von: _____ bis: _____	von: _____ bis: _____	von: _____ bis: _____
von: _____ bis: _____	von: _____ bis: _____	von: _____ bis: _____	von: _____ bis: _____	von: _____ bis: _____	von: _____ bis: _____
Summe in Stunden:					

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

Praxisform*	<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 -