

Praxisgründungsmanagement

Datenerhebungsbogen für

(Existenzgründer/in)

Anschrift: _____

Tel.: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

1. Definition des Niederlassungsvorhabens:

a. Praxisneugründung

b. Praxisübernahme

2. Definition des Niederlassungsgebietes

a. Stadt: _____ Umkreis:
3 km
15 km

b. Niederlassungsregion: _____ Umkreis:
3 km
15 km

3. Anforderungen an die (Abgeber-)Praxis:

Anzahl der Behandlungszimmer: BHZ

Praxis soll als: EP GP geführt werden.

Anzahl der Partner:

Übergangsgemeinschaft mit Abgeber: JA NEIN

Dauer der Übergangsgemeinschaft: 3 6 12 _____ Monate.

Infrastrukturanforderungen (z. B. Laborraum, OPG etc.)

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

Barrierefreier Zugang

sofern in Obergeschossen: Fahrstuhl

weitere Anforderungen

Scheine/Quartal

Behandlungsschwerpunkte

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

PZR-Abteilung

Erfassung individueller Auswahlkriterien:

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

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 -