

# 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: _____
<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**

	2016	2017	2018	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 -