

Erfassungsbogen für Praxisübertragung/ Praxiskooperation

Persönliche Angaben

Titel: _____
 Vorname: _____
 Name: _____
 Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): _____
 Geburtsort: _____
 Facharzt für: _____ seit: _____
 Subspezialisierung: _____
 Besondere med. Kenntnisse: _____

Basisangaben der Praxis

Gründungsjahr der Praxis: _____
 Art der Praxis:
 Einzelpraxis
 Gemeinschaftspraxis mit _____
 Praxisgemeinschaft mit _____
 MVZ mit _____

bevorzugte Kontakt- aufnahme	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Praxis
Straße		
PLZ, Ort		
Telefon		
Fax		
E-Mail-Adresse		
Homepage		

Wöchentliche Arbeitszeit (Arzt): _____

Das Praxisteam ist von der Abgabeabsicht unterrichtet:

Ja Nein

Personal

Name	Stunden- zahl	Tätigkeit	Mtl. Vergütung (Arbeitnehmer- brutto)	Kommentar

Arbeitet der Ehepartner im Unternehmen mit?

Nein Ja, im Umfang von: _____

Wirtschaftliche Angaben

in TEUR	2012	2013	2014
Umsatz			
GKV			
PKV			
Sonstige (z.B. IgeL)			
Personalkosten			
Gewinn			

Scheinzahl der letzten 8 Quartale (pro Quartal):

1 (letztes Quartal)	2 (vorletztes Qu.)	3	4
5	6	7	8

EDV

Welches System haben Sie? _____

Wie viele Rechner? _____

Besondere Module? _____

PACS? _____

Die Patientendokumentation erfolgt:

- Elektronisch auf Papier

Geräteausstattung

Gerätetyp	Hersteller	Anschaffungs- jahr	Buchwert	Besonderheiten

Dauerschuldverhältnisse/ Leasing- und Mietverträge

Welche laufenden Verträge existieren?

Vertrag vom	Vertrags- partner	Gerätebe- zeichnung/ Dienstleistung	monatliche Kosten in €	bis wann läuft der Vertrag?

Räumliche Situation

Miete pro Monat: _____

Nebenkosten: _____

Laufzeit: _____

Praxisgröße in m²: _____

Eine Übernahme des Mietvertrags ist

- möglich nicht möglich Pflicht

Anzahl der nachfolgenden Räume

Warte- zimmer	Empfang	WC	Sozial- raum	Labor	Untersuch- ungsraum	Funktions- raum	Abstell- raum

andere Räume: _____

Grundriss beigefügt

Beschreibung des Labors (falls vorhanden): _____

Beschreibung der Erweiterbarkeit (falls gegeben): _____

Besonderheiten

Patientenbesonderheiten: _____

Praxisbesonderheiten: _____

QM-System

Welches: _____

Das System ist: zertifiziert eingeführt

in der Einführungsphase geplant nicht geplant

Abgabe

Abgabezeitraum: _____

Abgabegrund: _____

Ist ein Übergang in MVZ möglich?

Ja Nein

Kaufpreisvorstellung: _____

Sonstiges

Was Sie uns sonst noch mitteilen möchten / Was wir sonst noch über Sie wissen sollten:
