

## Praxisbörse Sachsen-Anhalt Nachfolger gesucht

[ \_\_\_\_\_ ]  
Nachname

[ \_\_\_\_\_ ]  
Vorname

[ \_\_\_\_\_ ]  
PLZ und Praxisort

[ \_\_\_\_\_ ]  
private Email-Adresse

### Kurzbeschreibung:

[ \_\_\_\_\_ ]

[ \_\_\_\_\_ ]  
(Ergänzung der Kurzbeschreibung im Anhang möglich)

Fachgebiet 1\* [ \_\_\_\_\_ ] Fachgebiet 2 [ \_\_\_\_\_ ]

Schwerpunkt [ \_\_\_\_\_ ]

Besonderheiten [ \_\_\_\_\_ ]

### Art der Übergabe:

Abgabe Einzelpraxis

Abgabe Berufsausübungsgemeinschaftsanteil

Abgabe BAG mit [ ] Ärzten

Abgabe Praxisgemeinschaftsanteil (Einzelpraxis)

Standort

Großstadt

Kleinstadt

Land

Einwohnerzahl des Ortes [ \_\_\_\_\_ ] mit umliegenden Orten [ \_\_\_\_\_ ]

Abgabezeitraum

von [ \_\_\_\_\_ ] bis [ \_\_\_\_\_ ]

Abgabegrund

[ \_\_\_\_\_ ]

Preisvorstellung

[ \_\_\_\_\_ ]

**Kennzahlen:** Umsatz, Kosten, Gewinn

		Jahr.....	Jahr.....	Jahr.....
<b>Gesamtumsatz p.a.</b>				
davon Anteil über	Kassenärztliche Vereinigung			
Anteil	Privateinnahmen			
davon	Privatversicherte			
	IGEL-Leistungen			
	Gutachten			
	Sonstiges.....			
<b>Gesamtkosten p.a.</b>				
davon	Personalkosten			
	Raumkosten			
<b>Gewinn p.a.</b>				

Anzahl PKV-Patienten im Quartal [ \_\_\_\_\_ ]

Anzahl GKV-Patienten im Quartal [ \_\_\_\_\_ ]

Summe Buchwerte des Anlagevermögens [ \_\_\_\_\_ ]

**Sonstige Angaben:**

Alter der Praxis [ \_\_\_\_\_ ] Jahre      Anzahl der Sprechzimmer [ \_\_\_\_\_ ]

Durchschnittsalter der Praxiseinrichtung [ \_\_\_\_\_ ] Jahre      Anbindung an Klinik       ja     neinGröße der Praxis gesamt [ \_\_\_\_\_ ] qm      Parkplätze vorhanden       ja     nein

Anzahl Personal [ \_\_\_\_ ]    davon    Minijobs [ \_\_\_\_ ]    Teilzeit [ \_\_\_\_ ]    Vollzeit [ \_\_\_\_ ]

Anzahl mitarbeitende Familienangehörige [ \_\_\_\_ ] tatsächliche Wochenarbeitszeit der Familienangehörigen [ \_\_\_\_ ]  
davon    Minijobs [ \_\_\_\_ ]    Teilzeit [ \_\_\_\_ ]    Vollzeit [ \_\_\_\_ ]Langfristiger Mietvertrag     vorhanden  
    nicht vorhanden, möglich  
    nicht vorhanden, nicht möglichImmobilienübergabe     nein  
    ja  
    beide Optionen möglich**Weitere Angaben:**

Bestehende Kooperationsform mit welchem Partner ( z.B. Berufsausübungsgemeinschaft, Praxisgemeinschaft, Laborgemeinschaft, Belegarztvertrag...)

Ziel der Kooperation	Partner	Vertrag	Teilnahme Qualifikation	Übernahme durch Nachfolger möglich?

**Einverständniserklärung des/der Praxisinhabers/in:**

Ja, ich möchte mein Praxisangebot anonym durch die KV Sachen-Anhalt (KV) in der Praxisbörse der KV veröffentlicht wissen. Dabei wird üblicherweise das Fachgebiet, der Standort (Großstadt, Kleinstadt, Land) und die Raumordnungsregion, ggf. noch die Fallzahl bzw. eine darauf bezogene Einschätzung der Größe der Praxis gemessen am Arztgruppendurchschnitt veröffentlicht. Wenn ein Interessent gefunden wurde, nimmt die KV oder der Interessent mit mir direkt Kontakt auf.

Ja, ich möchte eine Bewertung meines Praxisangebotes durch die Experten der KV, der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, der Steuerberatergruppe ADMEDIO/ADVITAX und der Wirtschaftsberatung MLP. Das Ergebnis wird mir mitgeteilt und ich entscheide, ob die Bewertung in der Praxisbörse veröffentlicht werden soll.

Alle angebotenen Leistungen sind für mich als Mitglied der KV kostenlos. Die KV wird von mir ermächtigt meine gegebenen Daten zu oben genannten Zwecken weiterzugeben. Der Empfänger wird verpflichtet die Daten ebenfalls nur für den genannten Zweck zu verwenden. Die Einstellung des Angebotes in die Praxisbörse kann von mir jederzeit widerrufen werden. Ich bin verpflichtet, bei erfolgreicher Abgabe der Praxis mein Praxisangebot selbst zurückzuziehen. Habe ich auf meine Zulassung verzichtet, wird das Angebot automatisch aus der Praxisbörse entfernt.

**Unterschrift**

[ \_\_\_\_\_ ] [ \_\_\_\_\_ ]

Ort, Datum

Unterschrift/Vertragsarztstempel