

# Nachfolger gesucht

## Praxisbörse Sachsen-Anhalt

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

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

[ \_\_\_\_\_ ]  
 Praxisstandort, PLZ

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

**Kurzbeschreibung der Praxis ( Ausstattung, Praxisorganisation, Verkehrsanbindung usw.) :**

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

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

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

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

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

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

**Art der Übergabe:**

Abgabe Einzelpraxis ggf. Praxisgemeinschaftsanteil

Abgabe Berufsausübungsgemeinschaftsanteil

Standort

Großstadt

Kleinstadt

Land

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

Abgabezeitraum (Quartal, Jahr) 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 [ ] Jahre Parkplätze vorhanden  ja  nein  
 Praxiseinrichtung  
 Praxisgröße gesamt [ ] in qm

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 möglich

Immobilienübergabe  nein  
 ja, mit privatem Immobilienanteil  
 ja, ohne privatem Immobilienanteil

**Vorhandene Kooperationsform mit welchem Partner**

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 ersten 2 oder 3 Zahlen der Postleitzahl, 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