

Datum: _____

bearbeitet von: _____

www.pvp-dental.de

Fax +49 (0) 741 / 174 00-500

Fon +49 (0) 741 / 174 00-0

PVP

PRAXISABGABE - LEITFADEN

Datenblatt zur Praxisabgabe. Alle Pflichtfelder zur Erfassung der Daten Ihrer Praxis, die für die Eintragung im Internet dringend benötigt werden, sind mit einem *farbigen Sternchen ** markiert

Angaben zum Anbieter *

Name, Vorname:	
Strasse:	
PLZ / Ort:	
FON:	
EMAIL:	

Angaben zur Region *

PLZ:	
Ort:	
Webadresse des Ortes:	
Bundesland:	
Land:	
Stadt-/Landpraxis:	<input type="checkbox"/> Stadtpraxis <input type="checkbox"/> Landpraxis
Einwohnerzahl der Stadt:	
Einwohnerzahl Einzugsbereich:	
Anzahl Zahnärzte im Einzugsbereich:	
Zulassungsstopp:	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Kassenzulassung:	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Privatpraxis:	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>

Angaben zur Praxis / Praxistyp *

<input type="checkbox"/> allgem. Zahneilkunde	<input type="checkbox"/> MKG
<input type="checkbox"/> KFO	<input type="checkbox"/> Oralchirurgie

Beschreiben Sie Ihre Praxis in ein paar Sätzen *

Angaben zur Praxis / Behandlungsschwerpunkte *

<input type="checkbox"/> allgem. Zahneilkunde	<input type="checkbox"/> Implantologie
<input type="checkbox"/> Senioren	<input type="checkbox"/> Cons:
<input type="checkbox"/> Angstpatienten	<input type="checkbox"/> Homöopathie
<input type="checkbox"/> Risikopatienten	<input type="checkbox"/> KFO
<input type="checkbox"/> Risikopatienten	<input type="checkbox"/> Prophylaxe
<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> Kinderbehandlung
<input type="checkbox"/> Prothetik	<input type="checkbox"/> Oralchirurgie
<input type="checkbox"/> MKG	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Angaben zur Praxis / Praxistyp

VDAK: (in %)	RVO: (in %)	privat: (in %)
--------------	-------------	----------------

Angaben zur Praxis / Praxistyp

* Anzahl der Behandlungszimmer:	Stk. / Praxiserweiterung möglich *:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
* Gesamtgrösse der Praxis (qm):			
* Davon Praxislabor (qm):			
Praxisbetrieb seit:			
Sonstige (bes. Räumlichkeiten):			

Angaben zum Abgabezeitraum / Preis

Zeitpunkt der Abgabe:	
Kaufpreisvorstellung in € / Angebotspreis:	

Angaben zur Praxis / Behandlungsschwerpunkte

Gebäudealter (Jahre):		
* Weitere Gebäudenutzer:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
* Erstinstallation der Praxis:		
* Stockwerke (ab EG):		
* Praxis ist im Stockwerk:		
* Aufzug vorhanden:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
* Behindertengerecht:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
* Anzahl der Parkplätze:		
* Immobilie im Besitz des Abgebers:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
* Immobilie kann gekauft werden:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
* monatl. Mietzins (in €):		
* Laufzeit des Mietvertrages (in Monate)		

Wirtschaftsdaten

(Bitte tragen Sie hier die Daten der letzten vier abgeschlossenen Jahre ein, Angaben in €)

JAHR:	2008	2009	2010	2011
* Gesamtumsatz:				
* Laborumsatz:				
Praxisbedarf:				
Beträge u. Vers.:				
Mieten:				
Personalkosten:				
* Bereinigter Gewinn:				

(Falls Sie Ihren Gewinn nicht offen legen wollen, dann geben Sie bitte eine Null ein)

Patientenbewertung / Scheinzahlenentwicklung

(Bitte tragen Sie hier die Daten der letzten vier abgeschlossenen Jahre ein, Angaben in €)

JAHR:	2008	2009	2010	2011
* Patientenzahlen:				
* Ø Scheinzahlen pro Quartal:				
* Zahlungsbereitschaft vorhanden:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		

Personalstruktur *

Berufsbezeichnung:	Alter:	Berufsjahre:	Ausbildg. abgeschl. JA / NEIN	Praxis-eintritt:	Eingestzt als:	Gehalt (brutto):

TIPP: zur weiteren Bewertung können Sie sich unter diesem Link <http://www.pvp-dental.de/docs/bvd-liste.pdf> die BVD-Liste als PDF herunterladen

Inventar

Behandlungsraum 1

Typ:	Alter:	Modell:	Hersteller:	Bemerkungen:	Preis:
* Gesamtwert ca:					

Behandlungsraum 2

Typ:	Alter:	Modell:	Hersteller:	Bemerkungen:	Preis:
Gesamtwert ca:					

Behandlungsraum 3

Typ:	Alter:	Modell:	Hersteller:	Bemerkungen:	Preis:
Gesamtwert ca:					

Behandlungsraum 4

Typ:	Alter:	Modell:	Hersteller:	Bemerkungen:	Preis:
Gesamtwert ca:					

Sterilisationsraum

Typ:	Alter:	Modell:	Hersteller:	Bemerkungen:	Preis:
Gesamtwert ca:					

Röntgenraum

Typ:	Alter:	Modell:	Hersteller:	Bemerkungen:	Preis:
Gesamtwert ca:					

Laborbereich

Typ:	Alter:	Modell:	Hersteller:	Bemerkungen:	Preis:
Gesamtwert ca:					

Mundhygiene / Prophylaxeraum

Typ:	Alter:	Modell:	Hersteller:	Bemerkungen:	Preis:
Gesamtwert ca:					

Wartezimmer - Einrichtung

Typ:	Alter:	Modell:	Hersteller:	Bemerkungen:	Preis:
Gesamtwert ca:					

Empfangsbereich

Typ:	Alter:	Modell:	Hersteller:	Bemerkungen:	Preis:
Gesamtwert ca:					

Technikraum

Typ:	Alter:	Modell:	Hersteller:	Bemerkungen:	Preis:
Gesamtwert ca:					

Lager

Typ:	Alter:	Modell:	Hersteller:	Bemerkungen:	Preis:
Gesamtwert ca:					

Sozialraum

Typ:	Alter:	Modell:	Hersteller:	Bemerkungen:	Preis:
Gesamtwert ca:					

Garderobe

Typ:	Alter:	Modell:	Hersteller:	Bemerkungen:	Preis:
Gesamtwert ca:					

Bürräume

Typ:	Alter:	Modell:	Hersteller:	Bemerkungen:	Preis:
Gesamtwert ca:					

Sonstige

Typ:	Alter:	Modell:	Hersteller:	Bemerkungen:	Preis:
Gesamtwert ca:					