

## BIETE PRAXIS

### Stammdaten

Name, Vorname \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ich bin Inhaber einer Arzt/Psychotherapiepraxis

KV-Mitglied  ja  nein

### Praxisdaten

Name der Praxis \_\_\_\_\_

Straße | Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ | Ort \_\_\_\_\_

Kreis \_\_\_\_\_

Webseite \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Fachgebiet der Praxis \_\_\_\_\_

Schwerpunkt \_\_\_\_\_

**Anmerkung: Zur Lokalisierung Ihrer Praxis ist es erforderlich, dass der Kreis/kreisfreie Stadt veröffentlicht wird.**

#### Praxistyp

Einzelpraxis

Gemeinschaftspraxis

Medizinisches Versorgungszentrum

Praxisgemeinschaft

Gründung der Praxis (Jahresangabe)

üBAG

Beschreiben Sie  
Ihre Praxis  
Praxisbe-  
sonderheiten/  
Geräteaus-  
stattung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Famulaturpraxis

ja  nein

#### Akademische Lehrpraxis

Bezeichnung \_\_\_\_\_

Praxis ist für folgende Universität tätig \_\_\_\_\_

Beschreibung des Angebots \_\_\_\_\_

Informationen  
zum  
Praxisstandort

<input type="checkbox"/> Landarztpraxis	<input type="checkbox"/> Krankenhaus am Ort	<input type="checkbox"/> Ortsmitte
<input type="checkbox"/> Wohngebiet	<input type="checkbox"/> Vorort	<input type="checkbox"/> Gewerbegebiet
<input type="checkbox"/> Praxis am Krankenhaus		

Verkehrs-  
anbindungen

<input type="checkbox"/> Eigener Parkplatz	<input type="checkbox"/> öffentlicher Parkplatz	<input type="checkbox"/> Keine Angabe
--	---	---------------------------------------

Angaben  
zu den  
Praxisdetails

Standortbeschreibung \_\_\_\_\_

Leistungsspektrum \_\_\_\_\_

Beschreibung der Ausstattung \_\_\_\_\_

IGeL & Selbstzahlerleistungen \_\_\_\_\_

Team & Personalsituation \_\_\_\_\_

Besonderheiten \_\_\_\_\_

Angaben zur Inseratsaufgabe

Kontaktaufnahme

Nur per Chiffre	<input type="checkbox"/>	Per Telefon/Mail (diese Daten werden dann veröffentlicht)	<input type="checkbox"/>
Name	_____		
Telefon	_____		
Mail	_____		

Titel des Inserats

Inseratstext

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Checkliste bitte zurücksenden an: Fax 0231-9432-83959 | E-Mail: info@kv-boerse.de

Angaben  
zum  
abzugebenden  
Praxissitz

Ganzer Sitz  Halber Sitz

Arztsitz samt Praxis abgeben  ja  nein

Informationen  
zu  
Arztsitzabgabe  
samt Praxis

Praxis im Ärztehaus  Praxis in Wohn-/Geschäftshaus

Praxis in eigener Immobilie  Praxis in Praxisgemeinschaft

Größe in m<sup>2</sup>  Anzahl der Behandlungsräume

Etage  Fahrstuhl vorhanden  ja  nein

Anzahl der Mitarbeiter

Vollzeit  Teilzeit  Ausbildung  Minijob  Angestellte Ärzte

HINWEIS: Gern können Sie uns Praxisfotos als jpg-Datei zuschicken, die wir in die Anzeige einbinden.

Angaben  
zum  
Kaufpreis

Frühester Abgabetermin   
Datum (MM JJ; immer zum Quartalsanfang)

Kaufpreis \_\_\_\_\_ €  Verhandlungssache

Durchschnittlicher GKV Umsatz pro Jahr \_\_\_\_\_ €

Wirtschaftliche  
Angaben

Knappschaftsarzt  ja  nein

Durchschnittliche Fallzahl  gering  durchschnittlich  hoch

Privatanteil  gering  durchschnittlich  hoch

Anzeigenanfragen von externen kaufmännischen Dienstleistern sollen an mich weitergeleitet werden  ja  nein

### Einverständniserklärung:

Ja, ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Angaben in der KVbörse, [www.kvboerse.de](http://www.kvboerse.de), veröffentlicht werden und die KVbörse GbR mich aktiv bei der Suche nach einem Übernehmer unterstützt. Als Mitglied der KVWL entstehen mir dadurch keine Kosten. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die u. g. Kontaktdaten übermitteln.

### Bitte beachten Sie:

Das offizielle Ausschreibungsverfahren im gesperrten Planungsbereich wird durch die Anzeige nicht ersetzt. Nehmen Sie hierzu bitte Kontakt mit der Praxisberatung der KVWL auf. Für die von Ihnen gemachten Angaben wird keine Haftung übernommen.

Ja, ich möchte regelmäßig über aktuelle Veranstaltungen informiert werden und bin damit einverstanden, dass mich die KVbörse GbR für Inhalte und Angebote rund um den Praxisalltag per E-Mail oder per Telefon kontaktieren darf.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft in meinem Profil oder unter [datenschutz@kv-boerse.de](mailto:datenschutz@kv-boerse.de) widerrufen. Weitergehende Nachteile ergeben sich nicht daraus.

### Datenschutzhinweise:

Die KVbörse GbR, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf, verarbeitet Ihre angegebenen personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zwecke der der Abwicklung der Teilnahme oder Anbahnung der Informationsveranstaltungen und der Beratung von Ärzten und löscht sie nach dessen Zweckerreichung, es sei denn, es gelten gesetzliche Aufbewahrungsfristen (z. B. die des Bürgerlichen Gesetzbuches, des Handelsgesetzbuches, der Abgabenordnung, etc.). Ergänzende Informationen erhalten Sie im Internet unter <https://www.kvboerse.de/datenschutz/>.

---

Ort / Datum

---

Praxisstempel und Unterschrift

Die Checkliste bitte zurücksenden an: Fax 0231-9432-83959 | E-Mail: [info@kv-boerse.de](mailto:info@kv-boerse.de)