



Fragenkatalog für Praxisgründer/-übernehmer

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen zu.
 Fax: 0211 56 93-55381 | E-Mail: praxisinsider@za-eg.de

Für Rückfragen steht Ihnen Frau Corinna Bösch unter 0211 56 93-463 zur Verfügung.

Persönliche Daten	
Name	
Anschrift	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail
Wo soll die Praxis sein?	
Bundesland	Stadt
Umkreis (in km)	

I. Was ist Ihre Vision Ihres Praxisbetriebs? (z. B. Ihre Praxis in 20 Jahren, Familie- und Lebensplanung)

2. Welche Praxisform bevorzugen Sie?

- Einzelpraxis (EP)
 Gemeinschaftspraxis (BAG)
 Praxisgemeinschaft
 ZahnMVZ (GmbH)

3. Wollen Sie Ihre Praxis gemeinsam mit einem Partner betreiben?

- Ja
 Fachgruppenbereich _____
 Spezialisierung in _____
 Nein

4. Welches Arbeitspensum stellen Sie sich vor?

- 10–20 Std.
 20–30 Std.
 30–40 Std.

5. Möchten Sie angestellte Zahnärzte beschäftigen?

- Ja
 Nein



6. Wie soll der Ausstattungsgrad der Geräte sein?

Bitte geben Sie einen Wert zwischen 20 % (Basics) und 100 % (mit allen Add-ons) an.

_____ %

7. Wie ausgeprägt soll der Grad der Digitalisierung sein?

Bitte geben Sie einen Wert zwischen 20 % (minimalistisch) und 100 % (voll digitalisiert) an.

_____ %

8. Wie viele Behandlungsräume/-einheiten wünschen Sie sich?

- 3 4 5 > 5

9. Mit welchen Aufgaben Ihrer Praxis möchten Sie sich nicht beschäftigen?

- Leistungsabrechnung, HKPs, Regresse Buchhaltung Abrechnung
 Empfang Einkauf

10. Wo kann die ZA Sie bei der Praxisführung unterstützen?

Abrechnung

- Factoring
 ZA:dauerabrechnung
 Abrechnungcoaching

Praxisführung und Management

- Situationsanalyse Materialwirtschaft
 Strategieberatung Einkauf
 Praxisausstattung Hygiene
 Qualitätsmanagement

Sonstiges

- Investitionskosten (durch Pachtmodell)
 Support bei aktuellen Praxisthemen
 Zulassung bei der KZV

11. Sind Sie an regelmäßigen Coachings/Workshops interessiert?

- | | | | |
|--|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, zu folgenden Themen | <input type="checkbox"/> Abrechnung | <input type="checkbox"/> Teamwork | <input type="checkbox"/> Marketing |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Beschwerdemanagement | <input type="checkbox"/> Abrechnungcoaching | <input type="checkbox"/> Hygiene |
| | <input type="checkbox"/> QM | | |

12. Welche Art der Existenzgründung bevorzugen Sie?

- Praxisübernahme Praxisneugründung Mietpraxis

13. Wie lange möchten Sie von einem erfahrenen Kollegen in der Praxis unterstützt werden?

- Bis zur Übergabe Längerfristig Als Vertretung

14. Wie viel möchten Sie in der ersten Phase investieren?

_____ Euro

15. Wie intensiv soll die ZA Sie bei Ihrem Einstieg in die Freiberuflichkeit unterstützen?

_____ %

Einwilligung in die Weitergabe meiner persönlichen Daten zum Praxiserwerb

Ich strebe derzeit den Ankauf einer Zahnarztpraxis an; hierbei möchte ich den Service der ZA - Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft eG (kurz ZA eG) nutzen, um mir einen potentiellen Praxisverkäufer zu vermitteln. Ich bin daher ausdrücklich damit einverstanden, dass die ZA eG zur Findung eines Verkäufers meine persönlichen Daten sowohl an die ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG (kurz ZA AG) sowie an einen möglichen Praxisverkäufer weitergibt und willige hierin gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO ein. Meine Einwilligung kann ich jederzeit durch Erklärung gegenüber der ZA eG (E-Mail: sekretariat@za-eg.de) wieder zurücknehmen, sie gilt dann für die Zukunft als wirksam widerrufen.