



Kassenärztliche Vereinigung Sachsen  
Bezirksgeschäftsstelle Leipzig  
Abteilung Sicherstellung  
Postfach 24 11 52  
04331 Leipzig

Fax-Nr. 0341 2432 101

Posteingangsstempel

## AUFNAHMEFORMULAR PRAXIS- UND STELLENBÖRSE – ANGEBOTE

**Fachrichtung** \_\_\_\_\_

**ggf. Schwerpunkt** \_\_\_\_\_

**BSNR** \_\_\_\_\_ **LANR** \_\_\_\_\_

**Versorgungsbereich** (bitte ankreuzen bei Internisten)  hausärztlich  fachärztlich

**Planungsbereich** \_\_\_\_\_

**ggf. Ort** \_\_\_\_\_

### Suche<sup>1</sup>:

- Nachfolger für die Übernahme einer Einzelpraxis
- Nachfolger für die Übernahme Anteil einer Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis/Medizinisches Versorgungszentrum)
- Nachfolger für den halben Praxissitz
- Kooperationspartner (Praxisgemeinschaft/Berufsausübungsgemeinschaft)
- angestellten Arzt/Psychotherapeuten
- Kooperationspartner für die Bildung einer Job-Sharing-BAG (Zulassungsbeschränkungen)
- angestellten Arzt/Psychotherapeuten im Job-Sharing (Zulassungsbeschränkungen)

bei Anstellung:  Vollzeit  Teilzeit

Mein Wunschtermin für eine Praxisabgabe/den Beginn der Kooperation ist der \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Mehrfachnennung möglich

**Die Angaben der folgenden Daten für die Veröffentlichung in der Praxisbörse im Internetauftritt der KV Sachsen sind freiwillig. Sie erleichtern und beschleunigen jedoch die Suche nach einem Nachfolger oder einem Partner.**

(selbstverständlich kann die Angabe dieser Daten auch selektiv erfolgen)

Die Praxisräume  sind gemietet  
 befinden sich im Eigentum

Größe der Praxisräume \_\_\_\_\_qm

eigene Parkmöglichkeiten vorhanden: ja:  nein:

zu übernehmender Personalbestand:

Vollzeitkräfte: \_\_\_\_\_

Teilzeitkräfte: \_\_\_\_\_

Weiterbildungsassistenten: \_\_\_\_\_

angestellte Ärzte: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Auszubildende: \_\_\_\_\_

**Profil der Praxis** (z.B. Zusatzbezeichnung, Leistungsspektrum)

---

---

---

**sonstige Bemerkungen**

---

---

---

**Angaben zur Person:**

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Kontaktadresse (Privat- oder Praxisanschrift):

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Die Veröffentlichung Ihrer Anzeige erfolgt auf der Internetseite der KV Sachsen ([www.kvs-sachsen.de](http://www.kvs-sachsen.de)) in der Regel mit einer Registriernummer. Ihre persönlichen Daten können durch den Interessenten bei der Bezirksgeschäftsstelle telefonisch oder per E-Mail erfragt werden. Dem Interessenten werden Ihr Name und Ihre E-Mailadresse mitgeteilt.

Ich wünsche die Veröffentlichung meiner persönlichen Daten (Name und E-Mailadresse) im Internetauftritt der KV Sachsen ([www.kvs-sachsen.de](http://www.kvs-sachsen.de)).

**Ansprechpartner für Rückfragen:**

Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Tel./Mobil \_\_\_\_\_

**Dauer der Veröffentlichung:**

Ich wünsche die Veröffentlichung der Anzeige für

- 3 Monate  
 6 Monate.

Die bei uns eingetragenen persönlichen Daten werden entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen nur durch die Mitarbeiter des Bereichs Sicherstellung der KVS an Ärzte/Psychotherapeuten weiter gegeben.

**Ich stimme der Veröffentlichung meiner Daten im Internetauftritt der KV Sachsen ([www.kvs-sachsen.de](http://www.kvs-sachsen.de)) sowie der Weitergabe meines Namens und meiner E-Mail-Adresse an Interessenten zu.**

---

Datum, Stempel, Unterschrift

Hinweis: Bitte haben Sie Verständnis, dass die Veröffentlichung Ihres Anzeigewunsches einige Tage in Anspruch nehmen wird. Sobald die Anzeige freigeschaltet ist, erhalten Sie von uns per E-Mail eine Benachrichtigung.