

Praxisabgabefragebogen

Persönliche Informationen:

Name Praxisinhaber:	Fachrichtung:	Zusatzbezeichnungen:
Anzahl KV-Sitze:	Scheinzahl:	Patientenverteilung GKV/PKV in %: GKV: PKV:
Praxisgröße in qm:	Zimmerverteilung:	Ausstattung:
Anzahl Personal: Vollzeit: Teilzeit:	Ausbildungsstand Personal: Ärztin/Arzt: MFA:	Abgabezeitpunkt:

Praxisinformationen:

Name der Arztpraxis:	Adresse der Arztpraxis:	Praxislage (z.B. Ärztehaus):
Letzte Modernisierung:	ÖPNV-Anbindung: <input type="checkbox"/> ja, fußläufig <input type="checkbox"/> nein	Mitarbeiter Parkmöglichkeiten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

		Patienten Parkmöglichkeiten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Softwaresystem: Digitalisierungsgrad*: <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> niedrig	EDV-Ausstattung:	Einhaltung gesetzlicher Anforderungen an Praxisräumlichkeiten z.B. Behindertenfreundlichkeit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Information
Social-Media Auftritte:		
Wünsche und Anmerkungen:		

*hoch: keine Nutzung von Papier | mittel: wenige Nutzung von Papier: | niedrig: alles auf Papier