

Bitte senden Sie das Formular an die  
Praxisbörse der KV Sachsen-Anhalt  
Frau Silva Brase

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt  
Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg  
Tel: 0391/627-6338 Fax: 0391/627-8544

## Praxisinhaber sucht Kooperationspartner Praxisbörse Sachsen-Anhalt

[ \_\_\_\_\_ ]  
Nachname

[ \_\_\_\_\_ ]  
Vorname

[ \_\_\_\_\_ ]  
Praxisstandort, PLZ

[ \_\_\_\_\_ ]  
Email

Fachgebiet 1\* [ \_\_\_\_\_ ] Fachgebiet 2 [ \_\_\_\_\_ ]

Schwerpunkt [ \_\_\_\_\_ ]

Besonderheiten [ \_\_\_\_\_ ]

### Suche nach (Art der Kooperation):

Arzt in Weiterbildung im Fachgebiet [ \_\_\_\_\_ ]

Facharzt in Anstellung

Partner zur Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft

### Kurzbeschreibung der Praxis und Vorstellung der Zusammenarbeit (Ausstattung und Leistungsspektrum der Praxis, Umfang der Tätigkeit u.a.) :

[ \_\_\_\_\_ ]

[ \_\_\_\_\_ ]

[ \_\_\_\_\_ ]

[ \_\_\_\_\_ ]

[ \_\_\_\_\_ ]

[ \_\_\_\_\_ ]

[ \_\_\_\_\_ ]

Standort der Praxis:  Großstadt  Kleinstadt  Land  
Einwohnerzahl des Ortes [ \_\_\_\_\_ ] mit umliegenden Orten [ \_\_\_\_\_ ]

Zeitraum der Zusammenarbeit  
von [ \_\_\_\_\_ ] bis [ \_\_\_\_\_ ]

unbegrenzt

### Sonstige Angaben zur Praxis:

Alter der Praxis [ \_\_\_\_\_ ] Jahre Anzahl der Sprechzimmer [ \_\_\_\_\_ ]

Durchschnittsalter der Praxiseinrichtung [ \_\_\_\_\_ ] Jahre Anbindung an Klinik  ja  nein

Größe der Praxis [ \_\_\_\_\_ ] qm Parkplätze vorhanden  ja  nein

Anzahl Personal Vollzeit [ \_\_\_ ] Teilzeit [ \_\_\_ ] Minijob [ \_\_\_ ]

Ja, ich möchte mein Suchangebot für einen Kooperationspartner anonym durch die KV Sachsen-Anhalt (KV) in der Praxisbörse der KV und anderen angebundenen Praxisbörsen anderer Anbieter veröffentlicht wissen. Dabei wird üblicherweise das Fachgebiet, der Standort und die ersten 2 oder 3 Zahlen der Postleitzahl, ggf. noch die Fallzahl veröffentlicht. Wenn ein Interessent gefunden wurde, nimmt die KV oder der Betreiber der angebundenen Praxisbörse mit mir direkt Kontakt auf.

Alle angebotenen Leistungen sind für mich als Mitglied der KV kostenlos. Die KV wird von mir ermächtigt meine angegebenen Daten zu oben genannten Zwecken weiterzugeben. Der Empfänger wird verpflichtet die Daten ebenfalls nur für den genannten Zweck zu verwenden.

**Unterschrift**

[ \_\_\_\_\_ ]

Ort, Datum

[ \_\_\_\_\_ ]

Unterschrift