



**Praxis:**

**Titel:**

**Name:**

**Vorname:**

**Anschrift:**

**Telefon:**

**Email:**

**Homepage:**

**Status:**

Einzelpraxis

Gemeinschaftspraxis

Tätigkeitsschwerpunkt/e

Qualitätsmanagement-System

internes QMS  zertifiziert nach

---

**Terminvereinbarung:**

Sie erreichen mich/uns am besten unter folgender Telefonnummer und zu folgenden Zeiten:



.....



.....

MO DI MI DO FR

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift/Stempel

**Ich/wir lege/n bei der Beratung besonderen Wert auf:**

Ich/wir möchte/n das Beste für meine/unsere Praxis. Bitte informieren Sie mich/uns über die optimalen Lösungsmöglichkeiten zur Leistungssteigerung und Wettbewerbsfähigkeit meines/unsers Unternehmens.

Ich/wir möchten eine 2te – eine unabhängige, neutrale und objektive - Beratermeinung.

Ich/wir möchte/n im Fall einer persönlichen Betreuung bzw. bei Zustandekommen eines Beratervertrages mögliche Fördermittel (BAFA, KfW-Bank) in Anspruch nehmen.

sonstiges.....

**Grund meiner/unsere Anfrage:**

Finanzen  Patienten  Mitarbeiter  Organisation  Management  Qualitätssicherung

**Meine/unsere besonderen Anliegen und Wünsche:**

- Praxisanalyse
- Praxisstrategie
- Praxiskonzept
- Existenzaufbauberatung
- Corporate Identity
- Marketing / CRM

- Kommunikationstraining
- Motivationstraining
- Supervision
- Krisenmanagement
- Qualitätsmanagement
- Zeitkompetenz / Work-Life-Balance

**Vielen Dank für Ihr Vertrauen!**