



## PHYSIOFINANZ

---

Physio Service GmbH  
Martin-Luther-Straße 57  
71636 Ludwigsburg

FAX: 07141.866086.99

### FRAGEBOGEN FINANZBUCHHALTUNG

Um Ihnen ein individuelles Angebot für die Finanzbuchhaltung Ihrer Praxis unterbreiten zu können, bitten wir Sie um die nachfolgenden Angaben.

Um den Umfang Ihrer Buchhaltung richtig einschätzen zu können, sollten wir wissen, wie viele Buchungen etwa **pro Monat** anfallen.

- \_\_\_\_\_ (Anzahl) Abrechnungen Krankenkassen bzw. Abrechnungsstellen
- \_\_\_\_\_ (Anzahl) geschriebene Rechnungen an Privatpatienten bzw. Selbstzahler
- \_\_\_\_\_ (Anzahl) kassierte Zuzahlungen
- \_\_\_\_\_ (Anzahl) Eingangsrechnungen, die die Praxis erhält
- \_\_\_\_\_ (Anzahl) Mitarbeiter, die für die Praxis tätig sind

Erbringt Ihre Praxis teilweise auch umsatzsteuerpflichtige Leistungen?

- nein  
 ja

Die Gewinnermittlung der Praxis erfolgt nach

- Einnahmen-Überschuss-Rechnung (EÜR; § 4.3 EStG)  
 Bilanzierung



## PHYSIOFINANZ

---

Weitere Angaben zur Durchführung der Buchhaltung (Ihre Wünsche bitte ankreuzen):

Buchhaltung und Auswertungen sollen in folgendem Turnus erfolgen:

- monatlich
- quartalsweise
- jährlich

Die Buchungsbelege erhalten Sie:

- im Original per Post
- gescannt per eMail

Für die Ausgangsrechnungen sollen „offene Posten“ geführt werden, so dass regelmäßig automatisch **Mahnungen** erstellt werden können. So verliert man keine Rechnung aus dem Blick.

Die Buchhaltung soll schnellstmöglich übernommen werden.

Die Buchhaltung soll ab \_\_\_\_\_ übernommen werden.

Derzeit bezahle ich für diese Leitungen ca. \_\_\_\_\_ € (zuzüglich MWSt.) pro Monat.

### Absender

Kunden-Nummer: \_\_\_\_\_ (falls bereits vorhanden)

Name der Praxis: \_\_\_\_\_

Inhaber/Geschäftsführer: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon, Telefax: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Ort, Datum:

---

Unterschrift, Stempel