

Exklusiv für Assistentinnen/Assistenten und angestellte Zahnärztinnen/Zahnärzte

## NWD Existenzgründerseminar – Sind Sie fit für Ihre Zukunft?

### 1) Praxisstart mit NWD - Mirko Maerzke, Regionalvertriebsleiter NWD

- Vorstellung NWD „Praxisstart“
- Standortanalyse advanced
- Businessplan – „Work-Life-Balance“
- Investitionsplanung
- Offene Feedback Runde

### 2) Examen - Was nun? Oder besser was tun? - Daniel Lüdtkke, Steuerberater ETL | ADMEDIO

Welche Aspekte sind entscheidend, um sich niederzulassen und damit die eigene unternehmerische Existenz zu begründen? Was gibt es zu beachten?

Neben unternehmerischem Risiko, Arbeitsbelastung, Familienfreundlichkeit etc. spielt die finanzielle Dimension bei dieser Entscheidung eine große Rolle. Aus diesem Grund zeigen wir Ihnen unseren Karriererechner. Mit diesem Planungstool (mit echten Zahlen) lässt sich der wahrscheinliche finanzielle Vorteil der Karrierepfade „Anstellung“ und „Selbstständigkeit“ schnell abschätzen - und zwar ab heute bis zum voraussichtlichen Berufsende.

Die Zukunft lässt sich natürlich nicht ganz sicher vorhersagen, das ist aber auch nicht das Ziel des Tools. Mit dem Karriererechner können Sie auf Basis der heute geltenden relevanten Regelungen aus Steuer- und Sozialrecht abschätzen, welcher Karriereweg für Sie vermutlich finanziell attraktiv sein wird.

### 3) Praxisübernahme – anders richtig planen - Jan Slanina, Systemischer Management Coach (dvct) und Dipl.-Vertriebsmanager (Uni St. Gallen-IfM), Finanzfachwirt (FH), seit 2000 selbständiger Unternehmensberater für Heilberufe

Entscheidungskriterien für den Weg in die Selbstständigkeit definieren

- Zahlen, Daten, Fakten zum Thema Existenzgründung im Bereich der Zahnmedizin

Existenzgründungsplanung nach dem Canvas Modell

- Welche Patientensegmente sollen bedient werden?
- Welche Beziehungen zu potentiellen Zuweisern werden benötigt?
- Was ist das Nutzenversprechen der Praxis? (Patienten/Zuweiser)
- Welche Schlüsselressourcen sichern den Praxiserfolg?
- Welche Schlüsselaktivitäten erfordert unser Nutzenversprechen?
- Wer sind unsere Schlüsselpartner? (Implantathersteller/Zuweiser/Labore)
- Über welche Marketingkanäle sollen unsere Patienten und Zuweiser erreicht werden?
- Welche sind die wichtigsten Kosten in unserem Praxismodell? (Betriebswirtschaft)
- Was sind die wesentlichen Einnahmequellen?
- Wie soll sich unser Team zusammensetzen?
- Welche Werte soll die Praxis leben?

Welche Unterlagen werden für die Planung konkret benötigt? Erläuterung anhand einer MindMap

**Zielgruppe:** Assistenz Zahnärztinnen und -zahnärzte, angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte

Mittwoch, 10. Juni 2020 (Dresden)  
jeweils 14.00 - 19.00 Uhr

Die Teilnahmegebühr beträgt  
39,00 €/46,41 € zzgl./inkl. gesetzl. MwSt. p. P., inkl. Imbiss.

Fortbildungspunkte 5\*

In Kooperation mit Büker Zahntechnik:



# Jetzt anmelden

## NWD Existenzgründerseminar – Sind Sie fit für Ihre Zukunft?

### Veranstaltungstermin (Seminarnummer: 2491)

Mi., 10. Juni 2020                      14.00 - 19.00 Uhr      Dresden

Die Teilnahmegebühr beträgt 39,00 €/46,41 € zzgl./inkl. gesetzl. MwSt. p. P., inkl. Imbiss.

Ich melde mich verbindlich für oben angegebene Veranstaltung an und nehme mit ..... Person(en) teil.

### Veranstaltungsort

Dentales Fortbildungszentrum DFZ  
Zamenhofstr. 59  
01257 Dresden



### Ansprechpartner

**Silke Nehring**, Veranstaltungsorganisation NWD

silke.nehring@nwd.de, Tel.: +49 (0) 341 / 70214-14, Fax: +49 (0) 341 / 70214-22

### Teilnehmer

Exklusiv für Assistenten und angestellte Zahnärzte

Bitte ankreuzen:

AZA = Angestellter Zahnarzt/-ärztin, A = Assistent/-in, E = Existenzgründer/-in, S = Student/-in

	AZA	A	E	S		AZA	A	E	S
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Name/Vorname					2. Name/Vorname				
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Name/Vorname					4. Name/Vorname				

### Rechnungsanschrift

_____	_____
Name	Unterschrift/Stempel
_____	_____
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
_____	_____
Tel./Fax	E-Mail

Ich willige ein, zukünftig Informationen zu Veranstaltungen und Angeboten von NWD per E-Mail zu erhalten.  
Ihr Einverständnis können Sie jederzeit unter [datenschutz@nwd.de](mailto:datenschutz@nwd.de) widerrufen.

Mit Ihrer Anmeldung erklären Sie Ihr Einverständnis, dass wir Ihre Daten evtl. Kooperationspartnern zur Einsicht vorlegen dürfen (z.B. der Zahnärztekammer zur Vergabe von Fortbildungspunkten). Ihr Einverständnis können Sie jederzeit unter [akademie@nwd.de](mailto:akademie@nwd.de) widerrufen.