

Gesuch um Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung als

1 Angabe zur gesuchstellenden Person

1.1 Personalien

Name: Vorname:
Geburtsdatum: Staatsangehörigkeit:
Heimatort: Geschlecht: M W
GLN-Nr.:

Wohnadresse: PLZ/Ort:
Telefon Privat: Telefon Mobil:
Persönliche E-Mail-Adresse:

1.2 Aus- und Weiterbildung / Akademischer Titel

Diplom (oder anerkanntes ausländisches Diplom) ¹

Ausstellende Stelle/Ort/Staat:

Ausstellungsdatum:

Die Anerkennungsbestätigung des ausländischen Diploms ist miteinzureichen.

Weiterbildungstitel (oder anerkanntes ausländisches Diplom)

Facharzttrichtung:

Ausstellende Stelle/Ort/Staat:

Ausstellungsdatum:

Akademischer Titel (Doktorat o.ä.)

Bezeichnung:

Ausstellende Stelle / Datum:

1.3 Sprachkenntnisse

Deutsch: Muttersprache mind. Niveau B2

Wird gleichzeitig eine Zulassung als Leistungserbringer/-in beantragt, wird Sprachniveau C1 des Europäischen Referenzrahmens vorausgesetzt. Ein Nachweis der Sprachkompetenzen Niveau B2 entfällt.

¹ als Ärztin oder Arzt, als Apothekerin oder Apotheker, als Chiropraktikerin oder Chiropraktiker, als Zahnärztin oder Zahnarzt

1.4 Physische und Psychische Gesundheit

Besteht eine physische oder psychische Erkrankung bzw. Behinderung, welche die Berufstätigkeit beeinträchtigen kann? ja nein

Wenn ja, Arztzeugnis einreichen, welches konklusiv über den physischen und psychischen Gesundheitszustand im Hinblick auf Ihre Berufstätigkeit Auskunft gibt.

2 Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

2.1 Verfügen oder verfügten Sie bereits über eine Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung in einem oder mehreren Kantonen?

ja nein

Wenn ja, Kanton:

Ausstellungsdatum:

Kanton:

Ausstellungsdatum:

Kanton:

Ausstellungsdatum:

2.2 Wurde Ihnen in einem anderen Kanton / Staat die Berufsausübungsbewilligung entzogen?

ja nein

Wenn ja, Kanton/Staat:

Grund:

2.3 Haben Sie bis zu diesem Datum in einem andren Kanton / Staat ein Gesuch um Berufsausübungsbewilligung gestellt, das Ihnen verweigert wurde?

ja nein

Wenn ja, Kanton/Staat:

Grund:

2.4 Sind gegen Sie derzeit Verfahren vor Aufsichts- oder Strafverfolgungsbehörden hängig?

ja nein

Wenn ja, Kanton/Staat:

Grund:

3 Obligatorische Krankenpflegeversicherung

3.1 Wollen Sie zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein?

ja nein

(falls ja, bitte füllen Sie das entsprechende Gesuch um Zulassung zur OKP aus)

Gilt nur für Ärztinnen und Ärzte:

3.2 Waren Sie mindestens 3 Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte tätig?

ja (Bitte Bestätigungen der Weiterbildungsstätten beilegen) nein

4 Angaben zur geplanten fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübung

4.1 Art der geplanten Tätigkeit

Im Anstellungsverhältnis (Tätigkeit in fachlicher Eigenverantwortung, aber im Namen und auf Rechnung des Arbeitgebers)

Sozialversicherungsrechtlich selbständig (Tätigkeit in fachlicher Eigenverantwortung, im eigenen Namen und auf eigene Rechnung)

4.2 Praxisadresse

Praxis- bzw. Betriebsname:

Rechtsform:

AG GmbH Einzelunternehmen andere, welche

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

Geschäfts-E-Mail-Adresse:

Datum der geplanten Tätigkeitsaufnahme:

Beschäftigungsgrad:

Ev. Praxisübernahme von:

Ev. Praxisgemeinschaft mit:

4.3 Bemerkungen

Ort, Datum

Unterschrift
