

## **Gesuch um Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung als**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Akupunkteurin oder Akupunkteur                           | <input type="checkbox"/> Med. Masseurin oder Med. Masseur         |
| <input type="checkbox"/> Dentalhygienikerinnen oder Dentalhygieniker              | <input type="checkbox"/> Optometristin oder Optometrist           |
| <input type="checkbox"/> Drogistin oder Drogist                                   | <input type="checkbox"/> Osteopathin oder Osteopath               |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeutin oder Ergotherapeut                       | <input type="checkbox"/> Pflegefachfrau oder Pflegefachmann       |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsberaterin oder Ernährungsberater               | <input type="checkbox"/> Physiotherapeutin oder Physiotherapeut   |
| <input type="checkbox"/> Hebamme oder Entbindungshelfer                           | <input type="checkbox"/> Psychotherapeutin oder Psychotherapeut   |
| <input type="checkbox"/> Logopädin oder Logopäde                                  | <input type="checkbox"/> Podologin oder Podologe                  |
| <input type="checkbox"/> eidg. dipl. Naturheilpraktikerin oder Naturheilpraktiker | <input type="checkbox"/> Rettungsanitäterin oder Rettungsanitäter |

### **1 Angabe zur gesuchstellenden Person**

#### **1.1 Personalien**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Staatsangehörigkeit:

Heimatort:

Geschlecht:      M               W

Wohnadresse:

PLZ/Ort:

Telefon Privat:

Telefon Mobil:

Persönliche E-Mail-Adresse:

#### **1.2 Berufsdiplom<sup>1</sup>**

Bezeichnung:

Ausstellende Stelle / Datum:

#### **1.3 Sprachkenntnisse**

Deutsch:       Muttersprache       mind. Niveau B2

#### **1.4 Physische und Psychische Gesundheit**

Besteht eine somatische 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.

---

<sup>1</sup> Eidg. dipl. Naturheilpraktiker: bitte Angabe der Fachrichtung

## 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

Wollen Sie zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein?

ja  nein

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

## 4 Angaben zur geplanten fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübung

### 4.1 Art der geplanten Tätigkeit

- Im Anstellungsverhältnis (fachlich eigenverantwortlich, 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: Telefon:  
PLZ/Ort:  
Geschäfts-E-Mail-Adresse:

Datum der geplanten Tätigkeitsaufnahme:  
Beschäftigungsgrad:

Ev. Praxisübernahme von:  
Ev. Praxisgemeinschaft mit:

#### 4.3 Bemerkungen

Ort, Datum

Unterschrift

### 5 Bewilligungsvoraussetzungen

#### 5.1 Berufe nach dem Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe

Die Bewilligungsvoraussetzungen für die nachstehenden Gesundheitsberufe ergeben sich aus dem Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz, GesBG; SR 811.21)<sup>2</sup> und der entsprechenden eidgenössischen Verordnung<sup>3</sup>:

- Pflegefachfrau und Pflegefachmann;
- Physiotherapeutin und Physiotherapeut;
- Ergotherapeutin und Ergotherapeut;
- Hebamme;
- Ernährungsberaterin und Ernährungsberater;
- Optometristin und Optometrist;
- Osteopathin und Osteopath.

---

<sup>2</sup> [SR 811.21 - Bundesgesetz vom 30. September 2016 über die Gesundheitsberufe \(Gesundheitsberufegesetz, GesBG\) \(admin.ch\)](#)

<sup>3</sup> [SR 811.214 - Verordnung vom 13. Dezember 2019 über die Anerkennung ausländischer und die Gleichstellung inländischer Bildungsabschlüsse nach bisherigem Recht in den Gesundheitsberufen nach dem GesBG \(Gesundheitsberufenerkennungsverordnung, GesBAV\) \(admin.ch\)](#)

## 5.2 Berufe nach kantonaler Gesetzgebung

Für die nachstehenden Berufe gelten die nachfolgenden kantonsspezifischen Voraussetzungen gemäss dem Reglement für Berufe und Organisationen im Gesundheitswesen (RB 30.2117)<sup>4</sup>:

### 5.2.1 Akupunkteurinnen und Akupunkteure

- A-Status-Diplom in Akupunktur der Schweizerischen Berufsorganisation für Traditionelle Chinesische Medizin (SBO-TCM) oder einen gleichwertigen Abschluss

### 5.2.2 Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker

- Eidgenössischer Fähigkeitsausweis als diplomierte Dentalhygienikerin HF oder als diplomierter Dentalhygieniker HF oder ein gleichwertig anerkanntes Diplom

### 5.2.3 Drogistinnen und Drogisten

- Eidgenössisches Diplom einer Höheren Fachschule als Drogistin oder Drogist

### 5.2.4 Logopädinnen und Logopäden

- Hochschulabschluss oder einen von der schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) als gleichwertig anerkannten Abschluss

### 5.2.5 Medizinische Masseurinnen und medizinische Masseur

- Eidgenössischer Fachausweis als medizinische Masseurin oder medizinischer Masseur oder ein vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkanntes gleichwertiges Diplom

### 5.2.6 Podologinnen und Podologen

- Eidgenössischer Fähigkeitsausweis (EFZ) und zusätzlich den Nachweis einer zweijährigen praktischen Tätigkeit bei einer Podologin oder einem Podologen mit Berufsausübungsbewilligung oder
- Diplom einer höheren eidgenössischen Fachausbildung (HF) oder Verbandsdiplom der höheren Fachprüfung vom Schweizerischen Podologen-Verband (SPV)

Das selbstständige Erbringen von Leistungen für Risikogruppen, das Erstellen von fachlich komplexen Behandlungsplänen und die Interpretation von fachlich komplexen ärztlichen Diagnosen und Verordnungen sind Bewilligungsinhaberinnen und -inhabern vorbehalten, die über ein Diplom einer höheren eidgenössischen Fachausbildung (HF) oder ein Verbandsdiplom der höheren Fachprüfung vom Schweizertischen Podologen-Verband (SPV) verfügen.

---

<sup>4</sup> [RB 30.2117 Reglement über die Berufe und Organisationen im Gesundheitswesen](#)

**5.2.7 Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker mit eidgenössischem Diplom**

- Eidgenössisches Diplom als Naturheilpraktikerin oder Naturheilpraktiker oder
- Zertifikats der Organisation der Arbeitswelt Alternativmedizin Schweiz (Zertifikat OdA AM) erhalten eine auf fünf Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung.

**5.2.8 Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter**

- Eidgenössisches Diplom als Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter oder über ein vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkanntes gleichwertiges Diplom