

**Gesuchsformular**
**Betriebsbewilligung für Organisation der Physiotherapie / Ergotherapie**
 Ergotherapie

 Physiotherapie

**Name des Betriebs:**

.....

1. Angaben zur Inhaberin bzw. zum Inhaber des Betriebs (Trägerschaft)		
<b>Name, Vorname / Firma</b>		
<b>Rechtsform</b>		
<b>Im Handelsregister eingetragen</b>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/> → <b>Auszug beilegen</b> nicht älter als 3 Monate; Kopie oder Internet-Ausdruck genügt	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>
<b>Kontaktperson</b>		
<b>Adresse</b>		
<b>PLZ / Ort</b>		
<b>Telefon</b>		
<b>E-Mail</b>		
<b>Web-Adresse</b>		
<b>Betrieb von Organisation der Physiotherapie / Ergotherapie in anderen Kantonen</b>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>in den Kantonen:</b> → <b>Bitte erteilte kantonale Betriebsbewilligung(en) beilegen</b>	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>

2. Angaben zum Betrieb	
<b>Name des Betriebs</b>	
<b>Adresse des Betriebs</b>	
<b>PLZ / Ort</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>E-Mail</b>	

<b>2. Angaben zum Betrieb</b>	
<b>Web-Adresse</b>	
<b>in Betrieb seit / ab</b>	
<b>Öffnungs- / Geschäftszeiten</b>	

<b>2.1 Betriebsleitung / Gesamtleitung</b>	
Wird die Leitung auf mehrere Personen aufgeteilt, so sind auf einem Zusatzblatt die untenstehenden Angaben für sämtliche Personen unter Angabe ihres Leitungsbereichs aufzulisten.	
<b>Name / Vorname</b>	
<b>Ausbildung / Diplom*</b>	
<b>Weiterbildung / Titel*</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Heimatort / Staatsangehörigkeit*</b>	
<b>GLN<sup>2</sup> (früher EAN)</b>	
<b>Berufsausübungsbewilligung des Kantons Uri vom</b>	
<b>Stellenprozente</b>	
<b>Stellvertretung durch</b>	

<b>2.2 Fachliche Leitung (sofern nicht identisch mit der Betriebsleitung)</b>	
<b>Name / Vorname</b>	
<b>Ausbildung / Diplom*</b>	
<b>Weiterbildung / Titel*</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Heimatort / Staatsangehörigkeit*</b>	
<b>GLN<sup>2</sup> (früher EAN)</b>	
<b>Berufsausübungsbewilligung des Kantons Uri vom</b>	
<b>Stellenprozente</b>	
<b>Stellvertretung durch</b>	

---

\* Liegt bereits eine Berufsausübungsbewilligung des Kantons Uri vor, können die mit \* bezeichneten Angaben weggelassen werden.

### 3. Zulassungskriterien

Die Voraussetzungen zur Erteilung einer Betriebsbewilligung sind im Grundsatz in Artikel 40 und 41 Gesundheitsgesetz (GG; RB 30.2111) geregelt.

Die nachfolgend «fett» gekennzeichneten Dokumente sind zusammen mit diesem Gesuchsformular dem Amt für Gesundheit einzureichen. Die übrigen Dokumente sind zu erstellen und dem Amt für Gesundheit jederzeit zur Einsicht zur Verfügung zu halten.

Kriterien	vorhanden	beiliegend	Bemerkungen
<b>Leitbild</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Betriebs- und Leistungskonzept</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sicherheitskonzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Datenschutzkonzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Haftpflichtversicherungspolice</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tarifordnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erforderliche Geräte, Anlagen und Hilfsmittel (Wartungsverträge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zweckmässige Funktionsräume (Empfang/Administration, Warteraum/Behandlungsraum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Berufsausübungsbewilligungen aller fachlich eigenverantwortlich mitarbeitenden Physiotherapeuten/-innen und Ergotherapeuten/-innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflichtenhefte für das Leitungsteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 4. Bemerkungen


## Unterschriften

Mit ihrer Unterschrift bestätigen die unterzeichneten Personen die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

<b>Ort / Datum</b>  ..... Name, Vorname in Druckschrift	<b>Betriebsleitung</b>  (eigenhändige Unterschrift)
--	---

<b>Für die Trägerschaft bzw. die Inhaberin / den Inhaber des Betriebs</b> (rechtsgültige Unterschriften der gemäss Handelsregister zeichnungsberechtigten Personen)	
<b>Ort / Datum</b>  ..... Name, Vorname in Druckschrift	(eigenhändige Unterschrift)
<b>Ort / Datum</b>  ..... Name, Vorname in Druckschrift	(eigenhändige Unterschrift)

Das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular ist mit den erforderlichen Beilagen beim Amt für Gesundheit, Klausenstrasse 4, 6460 Altdorf, einzureichen.