

Gesuchsformular
Betriebsbewilligung für Organisation der Krankenpflege (Spitex) und Hilfe zu Hause
Name des Betriebs:

.....

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

2. Angaben zum Betrieb	
Name des Betriebs	
Adresse des Betriebs	
PLZ / Ort	
Telefon	
E-Mail	
Web-Adresse	
in Betrieb seit / ab	
Öffnungs- / Geschäftszeiten	

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

2.2 Fachliche Leitung (sofern nicht identisch mit der Betriebsleitung)	
Name / Vorname	
Ausbildung / Diplom*	
Weiterbildung / Titel*	
Geburtsdatum*	
Heimatort / Staatsangehörigkeit*	
Berufsausübungsbewilligung des Kantons Uri vom	
Stellenprozente	
Stellvertretung durch	

3. Zulassungskriterien

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

Beilagen zum Gesuch für eine Betriebsbewilligung einer Organisation der Krankenpflege (Spitex)

- Nachweis über die Erfüllung der im Merkblatt für die Erteilung einer Betriebsbewilligung an eine Spitex-Organisation (vom 17. Januar 2017) aufgeführten Kriterien.

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

4. Bemerkungen

Unterschriften

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

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

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

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