



Gesuch um Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung als

- Ärztin oder Arzt
- Apothekerin oder Apotheker
- Chiropraktorin oder Chiropraktor
- Zahnärztin oder Zahnarzt

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)

Facharztrichtung: _____

Ausstellende Stelle/Ort/Staat: _____

Ausstellungsdatum: _____

Akademischer Titel (Doktorat o.ä.)

Bezeichnung: _____

Ausstellende Stelle / Datum: _____

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

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.

1.4 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 Laufen Verfahren bzw. sind Verfahren gegen Sie in einem anderen Kanton / Staat (aufsichtsrechtliche Verfahren, kassenärztliche Verfahren, Strafverfahren, Haftpflicht- oder Zivilverfahren mit Bezug auf die berufliche Tätigkeit) durchgeführt worden?

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 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

5 Gebühren

Für die Erteilung von Berufsausübungsbewilligungen fallen Gebühren an. Die entsprechenden Gebühren sind auf Seite 5 der [Tarifordnung der Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion](#) festgehalten.