

# GESUCH UM BERUFS AUSÜBUNGSBEWILLIGUNG

## Beruf

---

### Persönliche Angaben

Name Geschlecht W M  
Vorname/n Geburtsdatum  
Lediger Name  
Nationalität  
*Ausländer/innen* : Aufenthaltsbewilligung B C G Gesuch eingereicht

GLN-Nummer \*

\*Nur für Berufe, die in einem eidgenössischen Berufsregister eingetragen sind (MedReg, PsyReg, NAREG) ; falls Sie noch nicht im betreffenden Register eingetragen sind, wenden Sie sich an das BAG (MedReg, PsyReg) oder an das Schweizerische Rote Kreuz (NAREG).

---

### Privatadresse

Strasse, Nr.  
PLZ, Ort Land  
Tel. privat Mobil  
E-mail privat Fax

### Künftige Berufsadresse

Name der Institution *(eventuell)*  
Strasse, Nr.  
PLZ, Ort  
Tel. beruf. Mobil  
E-mail beruf. Fax  
Internet

### Korrespondenz- und Rechnungsadresse

Privatadresse Künftige Berufsadresse Andere Adresse :  
Strasse, Nr.  
PLZ, Ort Land

---

### Vorgesehene berufliche Tätigkeit

Art	Anzahl Halbtage/Woche	Vorgesehener Beginn
Selbständig (in eigenem Namen und auf eigene Rechnung)		
Unselbständig (angestellt), in eigener fachlicher Verantwortung *		

\* Unselbständig in eigener fachlicher Verantwortung berufstätig ist, wer als Angestellte/r nicht unter der Verantwortung und Überwachung einer Gesundheitsfachperson mit Berufsausübungsbewilligung praktiziert und daher für seine Tätigkeit fachlich verantwortlich ist. Diese Art der Berufstätigkeit findet sich beispielsweise in ambulanten Einrichtungen wie ärztlichen und zahnärztlichen Zentren, Kettenapotheken und -drogerien sowie in Spitälern.

Möchten Sie Ihren Beruf zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung (Grundversicherung) ausüben?

Ja, selbständig (persönliche Zulassung)

Ja, unselbständig in eigener fachlicher Verantwortung (Zulassung via Arbeitgeber)

Nein

### Frühere Berufstätigkeit

Verfügen Sie schon über eine Berufsausübungsbewilligung in der Schweiz? Falls ja, in welchen Kantonen?	Ja	Nein
Haben Sie eine Berufsausübungsbewilligung in einem anderen Kanton beantragt? Falls ja, in welchen Kantonen?	Ja	Nein
Wurde Ihnen eine Berufsausübungsbewilligung verweigert? Falls ja, in welchen Kantonen oder in welchen Ländern?	Ja	Nein
Lief jemals oder läuft aktuell gegen Sie ein Straf-, Disziplinar- oder Verwaltungsverfahren, ein Berufshaftpflichtverfahren oder ein Betreibungs- oder Konkursverfahren? Falls ja, informieren Sie uns bitte über den Stand des Verfahrens, unter Beilage entsprechender Dokumente.	Ja	Nein

---

### Ausbildungsnachweis/e (Diplome, Fähigkeitszeugnisse, etc.)

Ausbildungsnachweis (Bezeichnung)

*Ausländischer Ausbildungsnachweis:*

Anerkennung bzw. Gleichwertigkeitsbescheinigung ausgestellt am

*Für Ärzte, Apotheker und Chiropraktoren :*

Weiterbildungstitel (Bezeichnung)\*

*Ausländischer Weiterbildungstitel:*

Anerkennung des Weiterbildungstitels ausgestellt am

\*Anzugeben ist nur der Weiterbildungstitel, der dem hauptsächlichen Tätigkeitsgebiet entspricht.

---

### Bemerkungen oder zusätzliche Informationen

---

Die beantragende Person bestätigt, vollständige und wahrheitsgetreue Angaben gemacht zu haben. Im Falle von ungenauen oder falschen Angaben kann die Bewilligung verweigert bzw. entzogen werden.

Die beantragende Person ist verpflichtet, der Behörde jede bedeutsame Änderung ihrer beruflichen oder persönlichen Situation mit Bezug auf die Angaben in diesem Antrag zu melden, insbesondere den Wechsel von Namen oder Berufsadresse, des Erwerbsstatus (selbständig/angestellt), die Unterbrechung, Wiederaufnahme oder endgültige Einstellung der Berufstätigkeit sowie den Wegzug aus dem Kanton.

**Die beantragende Person ermächtigt die Behörde, bei Institutionen, die ihren Ausbildungsnachweis oder dessen Gleichwertigkeitsbestätigung ausgestellt haben, sowie bei Arbeitgebern, Haftpflichtversicherern und kantonalen, eidgenössischen und ausländischen Aufsichtsbehörden Auskünfte über sie einzuholen. Sie ermächtigt diese Organe ausdrücklich, der Behörde alle Auskünfte zu erteilen, die für die Behandlung ihres Gesuchs oder im Rahmen von künftigen aufsichtsrechtlichen Verfahren notwendig sind, insbesondere alle zweckdienlichen Auskünfte zur Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit.**

Ort, Datum

Unterschrift

