

GESUCH UM BERUFSAUSÜBUNGSBEWILLIGUNG

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.

Land

PLZ, Ort

Mobil

Tel. privat

Fax

E-mail privat

Künftige Berufsadresse

Name der Institution

(eventuell)

Strasse, Nr.

Mobil

PLZ, Ort

Fax

Tel. beruf.

E-mail beruf.

Internet

Korrespondenz- und Rechnungsadresse

Privatadresse

Künftige Berufsadresse

Andere Adresse:

Strasse, Nr.

Land

PLZ, Ort

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, Kettenapothen und -drogerien sowie in Spitätern.

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

Zusätzliche Informationen

Verfügen Sie schon über eine Berufsausübungsbewilligung in der Schweiz? Ja Nein
Falls ja, in welchen Kantonen?

Wurde Ihnen eine Berufsausübungsbewilligung verweigert? Ja Nein
Falls ja, in welchen Kantonen oder in welchen Ländern?

Lief jemals oder läuft aktuell gegen Sie ein Straf-, Disziplinar- oder Verwaltungsverfahren, ein Berufshaftpflichtverfahren oder ein Betreibungs- oder Konkursverfahren? Ja Nein
Falls ja, informieren Sie uns bitte über den Stand des Verfahrens, unter Beilage entsprechender Dokumente.

Haben Sie physische und/oder psychische Gesundheitsprobleme, die sich auf Ihre berufliche Tätigkeit auswirken könnten? 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 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 (selbstständig/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