



## GESUCH UM BEWILLIGUNG ZUR BERUFS AUSÜBUNG ALS

Arzt/Ärztin       Zahnarzt/Zahnärztin       Apotheker/in       Chiropraktor/in

Ersterteilung  
 Bewilligung in einem anderen Kanton vorhanden

- Kreuzen Sie die gewünschte Berufsausübungsbewilligung sowie die Art des Gesuchs an **und** füllen Sie das Gesuch **vollständig** aus.
- Prüfen Sie, ob Sie alle **Belege vollständig** zusammengetragen haben. Die Belege können als Kopien eingereicht werden (Ausnahme: Strafregisterauszug).
- Nummerieren Sie die Belege und tragen Sie die Nummern unter der Rubrik „Beleg-Nr.“ ein. Unterlagen im A4 Format, ohne Klammern/Heftung.
- Unterzeichnen Sie das Gesuchsformular und reichen Sie es im Original zusammen mit allen Belegen spätestens 2 Wochen (jedoch nicht früher als 3 Monate) vor Tätigkeitsaufnahme dem Gesundheitsamt per Post ein (Adresse siehe Briefkopf).

Beachten Sie:

- Fremdsprachige Dokumente sind in einer Landessprache oder in Englisch übersetzt und beglaubigt einzureichen.
- Die Prüfung des Gesuchs ist gebührenpflichtig (nach Aufwand).
- Wiederholte Aufforderungen von ausstehenden Unterlagen sind gebührenpflichtig.
- Ist ein Gesuch nicht vollständig eingereicht, führt dies zu zeitlicher Verzögerung der Gesuchsprüfung.
- Die Tätigkeitsaufnahme vor der Erteilung der Berufsausübungsbewilligung ist nicht zulässig und wird aufsichtsrechtlich geahndet.

Angaben zur Person		Beleg-Nr.
Vorname, Name		
Strasse		
PLZ, Ort		
Telefon privat		
e-mail privat		
Geburtsdatum		
Nationalität, Heimatort <sup>1)</sup>		
GLN <sup>2)</sup>		
Dokortitel und weitere akademische Titel	Falls vorhanden, ist eine Kopie der Bestätigung der Universität, dass der Titel verliehen wurde, beizulegen. Ohne entsprechende Dokumente werden in der weiteren Korrespondenz keine akademischen Titel verwendet.	

Angaben zur Tätigkeit (Praxis / Spital / Apotheke)		Beleg-Nr.
Arbeitsverhältnis	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> angestellt <sup>3)</sup>	
Wann nehmen Sie die Tätigkeit auf?		

Wo werden Sie Ihre Tätigkeit ausüben?	<input type="checkbox"/> in einer öffentlichen Institution (z.B. Anstellung in Spital) <input type="checkbox"/> in einer Privatklinik <input type="checkbox"/> in einer Praxis <input type="checkbox"/> in einer öffentlichen Apotheke <input type="checkbox"/> anderes: Name <sup>4)</sup> Adresse	
Rechtsform des Betriebs <sup>5)</sup>		

Weitere Angaben		Beleg-Nr.
Curriculum vitae	<b>Aktueller, tabellarischer, lückenloser</b> Lebenslauf beilegen	
Strafregisterauszug <sup>6)</sup>	nur bei Ersterteilung	
Sind Sie verbeiständet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Name und Adresse des Beistandes:	
Leiden Sie unter physischen oder psychischen Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche?	
In welchem <b>Kanton bzw. welchen Kantonen</b> haben Sie bereits eine Berufsausübungsbewilligung?	Kantone angeben, in denen eine Bewilligung erteilt wurde <sup>7)</sup> (Nur ausfüllen, wenn Bewilligung in einem anderen Kanton vorhanden)	
Haben Sie eine Bewilligung zur Berufsausübung in einem anderen <b>Staat</b> ?	<input type="checkbox"/> Ja, in welchem Staat? <sup>8)</sup> <input type="checkbox"/> Nein (Nur ausfüllen bei Ersterteilung)	
Haben Sie aktuell in einem anderen Kanton/Staat ein Gesuch um Bewilligung hängig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja in welchem Kanton/Staat?	
Wurde Ihnen in einem anderen Kanton/Staat die Bewilligung verweigert, eingeschränkt oder entzogen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <sup>9)</sup> in welchem Kanton/Staat?	
Wurde Ihnen in einem anderen Kanton/Staat ein Berufsverbot erteilt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <sup>9)</sup> in welchem Kanton/Staat?	
Laufen oder liefen Verfahren gegen Sie in einem anderen Kanton/Staat?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <sup>9)</sup> in welchem Kanton/Staat?	
Sprachkompetenz	In welcher Sprache haben Sie die Aus- und Weiterbildung mehrheitlich abgeschlossen? <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Romanisch <input type="checkbox"/> andere <sup>10)</sup>	
Verfügen Sie über eine gültige Berufshaftpflichtversicherung (Versicherungssumme mind. 5 Mio. Franken)?	<input type="checkbox"/> Ja, bei welcher Versicherungsgesellschaft? <input type="checkbox"/> Nein	

<b>Zulassung als Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)</b>		Beleg-Nr.
Werden Sie Ihre Leistungen <b>selbständig</b> zu Lasten der OKP abrechnen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <sup>11)</sup>	

Diese Rubrik ist nur von gesuchstellenden <b>Ärztinnen/Ärzten</b> (ausgenommen Spitalärzte) und <b>Zahnärztinnen/Zahnärzten</b> auszufüllen		
<b>Abgabe von Arzneimitteln aus einer Privatapotheke</b>		Beleg-Nr.
Beabsichtigen Sie, Arzneimittel abzugeben (auch Erstversorgung)?	<input type="checkbox"/> Ja <sup>12)</sup> <input type="checkbox"/> Nein, ich verzichte ausdrücklich auf die Abgabe von Arzneimitteln und lagere diese ausschliesslich zur unmittelbaren Anwendung	

Diese Rubrik ist nur von gesuchstellenden <b>Apothekerinnen</b> und <b>Apothekern</b> auszufüllen		Beleg-Nr.
<b>Fachliche Leitung</b>		
Übernehmen Sie die fachverantwortliche Leitung einer öffentlichen Apotheke?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <sup>13)</sup>	
Beabsichtigen Sie, Impfungen durchzuführen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <sup>14)</sup>	
<b>Betreiben eines Analytik-Laboratoriums</b>		
Werden Sie in Ihrer Apotheke Analysen im Rahmen der Grundversorgung, die von einem anderen Leistungserbringer angeordnet sind, durchführen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <sup>15)</sup>	

<b>Rechnungsadresse</b> für Bewilligungsgebühren (nur bei Ersterteilung)		
Name		
Strasse		
PLZ, Ort		

Ich bestätige, dieses Gesuch wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben und ermächtige zudem den Rechtsdienst des Gesundheitsamtes, Auskünfte über mich bei Institutionen, die meine Diplome und Titel oder deren Äquivalent ausgestellt haben, sowie bei Arbeitgebern und Behörden einzuholen.

<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift</b>

**Fussnoten / Beilagen:**

- 1) Pass oder Identitätskarte (Kopie einreichen)
- 2) Global Location Nummer (GLN) gemäss Medizinalberuferegister ([www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch))
- 3) bei Anstellung: Anstellungsvertrag einreichen
- 4) Genauer Name und Adresse des Betriebs
- 5) Angaben zur Rechtsform des Betriebs und falls vorhanden Handelsregisterauszug
- 6) Strafregisterauszug bei Gesuch um Ersterteilung:
  - a) **gilt für alle Gesuchssteller:** Privatauszug aus dem Schweizerischen Strafregister ([www.bj.admin.ch](http://www.bj.admin.ch)), nicht älter als **drei Monate**
  - b) **und zusätzlich bei ehemaligem oder aktuellem Wohnsitz im Ausland:** Strafregisterauszüge früherer Wohnsitz- oder Aufenthaltsstaaten der letzten 3 Jahre (nicht älter als **drei Monate, im Original**)  
Hinweis für Deutschland: *erweitertes Führungszeugnis* erforderlich
- 7) Berufsausübungsbewilligung (vollständige Verfügung) der zuständigen kantonalen Gesundheitsbehörde, die die Erstbewilligung erteilt hat, einreichen

- 8) Berufsausübungsbewilligungen **und aktuelle** (nicht älter als **drei Monate**) Unbedenklichkeitserklärungen (Certificate of Good Standing) der zuständigen **ausländischen** Gesundheitsbehörden, unter deren Aufsicht während der letzten 5 Jahren die Tätigkeit ausgeübt wurde
- 9) schriftliche Begründung unter Beilage der Akten (z. B. Aufsichts-, Standes- oder kassenrechtliche Verfahren, Strafverfahren sowie Haftpflicht- oder Zivilverfahren mit Bezug auf die berufliche Tätigkeit) einreichen
- 10) Sofern die Aus- und Weiterbildung nicht mehrheitlich in einer Amtssprache des Kantons erfolgt ist: Sprachzertifikat für Deutsch, Italienisch oder Romanisch (Niveaustufe B2 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen) einreichen
- 11) zusätzlich: Gesuch um Zulassung als Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausfüllen und einreichen ([www.gesundheitsamt.gr.ch](http://www.gesundheitsamt.gr.ch) / Bereiche / Aufsicht und Bewilligungen / Zulassung z. L. OKP / Formulare)
- 12) zusätzlich: Gesuch um Bewilligung zum Betrieb einer ärztlichen / zahnärztlichen Privatapotheke ausfüllen und einreichen ([www.gesundheitsamt.gr.ch](http://www.gesundheitsamt.gr.ch) / Bereiche / Aufsicht und Bewilligungen / Betriebe / Privatapotheken von Ärzten / Zahnärzten)
- 13) zusätzlich: Gesuch um Bewilligung zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke ausfüllen und einreichen ([www.gesundheitsamt.gr.ch](http://www.gesundheitsamt.gr.ch) / Bereiche / Aufsicht und Bewilligungen / Betriebe / Apotheken)
- 14) zusätzlich: Meldeformular für Apothekerinnen und Apotheker, die Impfungen durchführen möchten ausfüllen und einreichen ([www.gesundheitsamt.gr.ch](http://www.gesundheitsamt.gr.ch) / Bereiche / Aufsicht und Bewilligungen / Kantonsapothekerin)
- 15) zusätzlich: Gesuch um Zulassung als Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Laboratorien ausfüllen und einreichen ([www.gesundheitsamt.gr.ch](http://www.gesundheitsamt.gr.ch) / Bereiche / Aufsicht und Bewilligungen / Zulassung z. L. OKP / Formulare)