



**MUTATIONSFORMULAR OKP FÜR  
SELBSTÄNDIG TÄTIGE PERSONEN UND ORGANISATIONEN**

**Vorbemerkung:**

- Zur OKP-zugelassene Personen und Organisationen melden Mutationen der Bewilligungsbehörde.  
Bitte geben Sie in der ersten Rubrik die bestehenden Namen an und tragen die Neuerungen unten ein.

<b>Diese Rubrik ist nur von selbstständig erwerbend tätigen Personen auszufüllen</b>	
Name antragstellende Person	
ZSR-Nr. <sup>1)</sup>	
Beruf, Titel	
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
E-Mail	
Name und Adresse der Praxis	

<b>Diese Rubrik ist nur von Organisationen auszufüllen</b>	
Name Praxis/Organisation <sup>2)</sup>	
ZSR-Nr. <sup>3)</sup>	
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	
Name verantwortliche Person	
Funktion	
Telefonnummer	
E-Mail	

Eintritt in Organisation	
Eintritt in Organisation der <input type="checkbox"/> Hebammen <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung <input type="checkbox"/> Neuropsychologie <input type="checkbox"/> Podologie <input type="checkbox"/> Chiropraktik	<p style="text-align: right;">per (Datum):</p> Name und Adresse der eintretenden Person  Berufsausübungsbewilligung erteilt am:  Praktische Tätigkeit während 2 Jahren ausgeübt <sup>4)</sup> <input type="checkbox"/> Ja
Eintritt in <input type="checkbox"/> Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dient	<p style="text-align: right;">per (Datum):</p> Fachgebiet/Facharzttitel  Vorname, Name, Adresse der eintretenden Person  Berufsausübungsbewilligung erteilt am: ..... 3-jährige Tätigkeit (100% Pensum) an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte im beantragten Fachgebiet: <input type="checkbox"/> Ja <sup>5)</sup> <input type="checkbox"/> Nein <sup>6)</sup> Begründung
Eintritt in Organisation der <input type="checkbox"/> psychologischen Psychotherapie	<p style="text-align: right;">per (Datum):</p> Vorname, Name, Adresse der eintretenden Person  Berufsausübungsbewilligung erteilt am:  3-jährige Tätigkeit ausgeübt <sup>7)</sup> <input type="checkbox"/> Ja

Austritt aus Organisation oder Tätigkeitsaufgabe	
<input type="checkbox"/> Austritt aus Organisation	<p style="text-align: right;">per (Datum):</p> Name, Beruf bzw. Facharzttitel der austretenden Person:
<input type="checkbox"/> Tätigkeitsaufgabe	<p style="text-align: right;">per (Datum):</p> <input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Organisation

Art der Mutation	
<input type="checkbox"/> Namensänderung	per (Datum): <input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Praxis/Organisation Neuer Name:
<input type="checkbox"/> Adressänderung	per (Datum): Neue Adresse:
<input type="checkbox"/> Änderung Rechtsform <sup>8)</sup> (Organisation)	per (Datum): Neue Rechtsform: <input type="checkbox"/> Aktiengesellschaft (AG) <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> Kommandit-AG <input type="checkbox"/> Genossenschaft <input type="checkbox"/> Verein <input type="checkbox"/> Stiftung
<input type="checkbox"/> Besitzerwechsel (Organisation)	per (Datum): Name, Adresse neuer Besitzer:
<input type="checkbox"/> Änderung administrativ verantwortlichen Person (Organisation)	per (Datum): Neuer Name:

Ich bestätige, dieses Gesuch vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort, Datum	Unterschrift

**Einzureichende Belege:**

- 1) Kopie Datenauszug ZSR-Nr. der SASIS AG
- 2) Kopie Handelsregisterauszug
- 3) siehe Fussnote 1)
- 4) Kopie Arbeitszeugnisse/Arbeitsbestätigungen für praktische Tätigkeit

Hebammen / Entbindungspfleger: Tätigkeit bei Hebamme / Entbindungspfleger mit OKP-Zulassung oder in geburts-hilfflicher Spitalabteilung / in Organisation der Hebammen / Entbindungspfleger unter Leitung Hebamme bzw. Entbin-dungspfleger mit OKP-Zulassung

Physiotherapeut/in: Tätigkeit bei Physiotherapeut/in mit OKP-Zulassung oder in physiotherapeutischer Spitalspezial-abteilung / in Organisation der Physiotherapie unter Leitung Physiotherapeut/in mit OKP-Zulassung

Ergotherapeut/in: Tätigkeit bei Ergotherapeut/in mit OKP-Zulassung oder in ergotherapeutischer Spitalabteilung / in Organisation der Ergotherapie unter Leitung Ergotherapeut/in mit OKP-Zulassung

Pflegefachpersonen: Tätigkeit bei Pflegefachfrau/-mann mit OKP-Zulassung oder in Spital/Pflegeheim/Spitex unter Leitung Pflegefachfrau/-mann mit OKP-Zulassung

Logopäde/in: nur mit vom Kanton anerkannter 3-jähriger theoretischer und praktischer Fachausbildung als Logopäde/in (mit erfolgreicher Prüfung in Linguistik, Logopädie, Medizin, Pädagogik, Psychologie, Recht): Tätigkeit in klinischer Logopädie, davon mindestens 1 Jahr in einem Spital unter fachärztlicher Leitung (ORL, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Phoniatrie oder Neurologie) und im Beisein Logopäde/in mit OKP-Zulassung. Ein Jahr kann unter entsprechender fachärztlicher Leitung und in Begleitung Logopäde/in mit OKP-Zulassung in einer Facharztpraxis oder in einer Organisation der Logopädie absolviert werden

Ernährungsberater/in: Tätigkeit bei Ernährungsberater/in mit OKP-Zulassung oder in Spital / in Organisation der Ernährungsberatung unter Leitung Ernährungsberater/in mit OKP-Zulassung

Neuropsychologe/in: Dieser Nachweis ist von Neuropsychologen/innen nicht zu erbringen

Podologen/innen: die über ein Diplom einer höheren Fachschule gemäss Rahmenlehrplan Podologie vom 12.11.2010 in der Fassung vom 12.12.2014 oder eine gleichwertige Ausbildung gemäss Ziff. 7.1 des Rahmenlehrplans verfügen: Tätigkeit bei Podologe/in mit OKP-Zulassung oder in Spital/ Pflegeheim/Spitex/Organisation der Podologie unter Leitung Podologe/in mit OKP-Zulassung

Bei Podologen/innen, die am 1. Januar 2022 über ein Diplom einer höheren Fachschule gemäss Rahmenlehrplan Podologie vom 12. November 2010 in der Fassung vom 12. Dezember 2014 oder eine gleichwertige Ausbildung gemäss Ziff. 7.1 des Rahmenlehrplans besitzen, wird jede praktische Tätigkeit nach dem Erwerb des Diploms als Podologe/in vor dem 1. Januar 2022 und während vier Jahren danach für die Erfüllung des Erfordernisses der 2-jährigen praktischen Tätigkeit angerechnet, auch wenn die Tätigkeit die Voraussetzungen unter dieser Fussnote nicht erfüllt

Podologen/innen, die am 1. Januar 2022 über eine kantonale Bewilligung als Podologe/in zur Behandlung von Risikopersonen in eigener fachlicher Verantwortung verfügen, haben über folgende Abschlüsse zu verfügen:

- a. Fähigkeitszeugnis als Podologe/in des Schweizerischen Podologen-Verbandes (SPV)
- b. Fähigkeitszeugnis des Fachverbandes Schweizerischer Podologen (FSP)
- c. Diplom als Podologe/in des Kantons Tessins ergänzt mit dem bestandenen Kurs über den diabetischen Fuss des Centro professionale sociosanitario (CPS) Lugano in Zusammenarbeit mit der Unione dei podologi della Svizzera italiana (UPS)

Chiropraktor/in: Dieser Nachweis ist von Chiropraktoren/innen nicht zu erbringen

5) Ärztinnen/Ärzte:

Bei eidgenössischen Weiterbildungstiteln: kein Nachweis erforderlich

Bei von der MEBEKO anerkannten ausländischen Weiterbildungstiteln: Kopie Arbeitsbestätigung des medizinischen Leiters/der medizinischen Leiterin einer stationären, anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte ([www.siwf-register.ch](http://www.siwf-register.ch)) für die dreijährige praktische Tätigkeit zu 100% im beantragten Fachgebiet. Die praktische Tätigkeit kann in Teilzeit absolviert werden (durchschnittlich mindestens 50% Pensum) und verlängert sich dementsprechend

- 6) Von der Anforderung der 3-jährigen Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte ausgenommen sind Ärztinnen und Ärzte, die über einen der folgenden eidgenössischen Weiterbildungstitel oder einen als gleichwertig anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel verfügen:
  - a. Allgemeine Innere Medizin als einziger Weiterbildungstitel
  - b. Praktischer Arzt bzw. Praktische Ärztin als einziger Weiterbildungstitel
  - c. Kinder- und Jugendmedizin
  - d. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Ärztinnen und Ärzte, die vor dem 1. Januar 2022 im Kanton Graubünden zulasten der OKP tätig waren: persönlicher Datenauszug der SASIS

7) Psychologische Psychotherapeuten/innen:

Klinische Erfahrung während 3 Jahren (100% Pensum), davon mindestens 12 Monate in psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtungen im Sinne einer ambulanten oder stationären Weiterbildungsstätte der Kategorie A, B oder C nach dem Weiterbildungsprogramm "Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie" vom 1.7.2009 in der Fassung vom 15.12.2016 oder einer Weiterbildungsstätte der Kategorien A, B oder C nach dem Weiterbildungsprogramm "Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie" vom 1.7.2006 in der Fassung vom 20.12.2018: Kopien der Arbeitszeugnisse/Arbeitsbestätigungen für klinische Erfahrung (mit Angaben zur Pensumshöhe); oder Tätigkeit delegiert bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder in einer ambulanten oder stationären psychiatrischen Einrichtung: Kopie Arbeitszeugnisse; oder

Selbständige Tätigkeit oder Tätigkeit in einer anderen Institution der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung (keine SIWF Institution): Vollständiger Lebenslauf **und** Belege der Supervision durch ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die bereits vor mindestens fünf Jahren ihre Fachausbildung abgeschlossen haben (21 Stunden für drei Jahre Vollzeitäquivalent)

- 8) siehe Fussnote 2)