



GESUCH UM BEWILLIGUNG ZUR BERUFSAUSÜBUNG IN EIGENER FACHLICHER VERANTWORTUNG ALS

- Arzt/Ärztin
 Zahnarzt/-ärztin
 Apotheker/-in
 Chiropraktor/-in
 Tierarzt/Tierärztin

- Kreuzen Sie die gewünschte Berufsausübungsbewilligung an **und** füllen Sie das Gesuch **vollständig** aus. Tragen Sie alle verlangten **Belege vollständig** zusammen.
- Unterzeichnen Sie das Gesuchsformular und reichen Sie es im Original zusammen mit allen Belegen spätestens 30 Tage vor Tätigkeitsaufnahme dem Gesundheitsamt per Post ein (Adresse siehe Briefkopf).

Beachten Sie:

- Fremdsprachige Dokumente sind in Deutsch (oder einer Landessprache) übersetzt und beglaubigt einzureichen.
- Ist ein Gesuch nicht vollständig eingereicht, führt dies zu zeitlicher Verzögerung der Gesuchsprüfung.
- Die Berufsausübung ohne Berufsausübungsbewilligung ist nicht zulässig und wird rechtlich verfolgt.

Personalien	
Name, Vorname	
Strasse	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
e-mail	
Geburtsdatum	
Nationalität, Heimatort ¹⁾	

Angaben zur Tätigkeit (Praxis / Spital / Apotheke)	
Wo werden Sie Ihre Tätigkeit ausüben?	<input type="checkbox"/> in einer öffentlichen oder privaten Institution (z.B. Anstellung in Spital) ²⁾ <input type="checkbox"/> in eigener Praxis oder Praxisgemeinschaft ²⁾ Adresse ³⁾
Wann nehmen Sie die Tätigkeit auf?	

Fachliche Qualifikationen	Bitte Bezeichnung, ausstellende Institution und Ausstellungsdatum angeben
Diplom ⁴⁾	

Dokortitel und weitere akademische Titel ⁵⁾	Falls vorhanden, ist eine Kopie der Bestätigung der Universität, dass der Titel verliehen wurde, beizulegen.
Weiterbildungstitel ⁶⁾	
Curriculum vitae ⁷⁾	Aktueller, tabellarischer, lückenloser Lebenslauf beilegen

Persönliche Voraussetzungen	
Sind Sie bevormundet / verbeiständet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Name und Adresse des Vormundes / Beistandes:
Leiden Sie unter physischen oder psychischen Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche?
Strafregisterauszug ⁸⁾	im Original einreichen
Haben Sie eine Bewilligung zur Berufsausübung in einem anderen Kanton/Staat?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ⁹⁾ in welchem Kanton/Staat?
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 ¹⁰⁾ in welchem Kanton/Staat?
Wurde Ihnen in einem anderen Kanton/Staat ein Berufsverbot erteilt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ¹⁰⁾ in welchem Kanton/Staat?
Laufen oder liefen Verfahren gegen Sie in einem anderen Kanton/Staat?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ¹⁰⁾ in welchem Kanton/Staat?
Sprachkompetenz	In welcher Sprache haben Sie die Aus- und Weiterbildung mehrheitlich abgeschlossen? <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere ¹¹⁾
Verfügen Sie über eine gültige Berufshaftpflichtversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja ¹²⁾ <input type="checkbox"/> Nein

Diese Rubrik ist nur von gesuchstellenden Apothekerinnen und Apothekern auszufüllen	
Übernehmen Sie die fachverantwortliche Leitung einer öffentlichen Apotheke?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Abgabe von Arzneimitteln aus einer Privatapotheke	
Beabsichtigen Sie, Arzneimittel abzugeben (auch Erstversorgung)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, ich verzichte ausdrücklich auf die Abgabe von Arzneimitteln und lagere diese ausschliesslich zur unmittelbaren Anwendung

Ich bestätige, dieses Gesuch wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort, Datum	Unterschrift

Fussnoten / Beilagen:

- 1) Pass oder Identitätskarte
- 2) bei Anstellung: Anstellungsvertrag einreichen oder Bestätigung des Arbeitgebers über das Arbeitsverhältnis mit Beginn und Ende, Funktion, Übernahme Fachliche Verantwortung
- 3) Genauer Name und Adresse des Betriebs und Handelsregisterauszug (falls vorhanden)
- 4) Eidgenössisches oder ausländisches **Diplom**
bei ausländischem Diplom: zusätzlich **Anerkennungsbestätigung mit Begleitschreiben** der Medizinalberufekommission (Bundesamt für Gesundheit BAG, MEBEKO, 3003 Bern, www.bag.admin.ch)
- 5) Bestätigung der Universität, dass der Titel verliehen wurde, beilegen.
- 6) gilt für Ärztinnen/Ärzte, Apothekerinnen/Apotheker und Chiropraktorerinnen/Chiropraktoren: Eidgenössischer oder ausländischer **Weiterbildungstitel**
bei ausländischem Weiterbildungstitel: zusätzlich **Anerkennungsbestätigung mit Begleitschreiben** der Medizinalberufekommission (Adresse siehe oben Fussnote 4)
- 7) Aktueller, tabellarischer, lückenloser Lebenslauf beilegen
- 8) Strafregisterauszug:
 - a) Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister, Gültigkeit **drei Monate** (im Original): Bundesrain 20, 3003 Bern; www.bj.admin.ch
 - b) und zusätzlich bei **ehemaligem oder aktuellem Wohnsitz im Ausland**: Strafregisterauszüge früherer Wohnsitz- oder Aufenthaltsstaaten der letzten 3 Jahre (Gültigkeit **drei Monate**, im Original)
Elektronisch signierte Strafregisterauszüge werden nur akzeptiert, wenn sie in elektronischer Ursprungsform eingereicht werden (Weiterleitung der E-Mail der zuständigen Behörde) und elektronisch validiert werden können
- 9) Berufsausübungsbewilligungen **und aktuelle** (Gültigkeit **drei Monate**) Unbedenklichkeitserklärungen (Certificate of Good Standing) der zuständigen Gesundheitsbehörden, unter deren Aufsicht während der letzten 5 Jahren die Tätigkeit ausgeübt wurde
- 10) 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
- 11) Sofern die Aus- und Weiterbildung nicht mehrheitlich in Deutsch erfolgt ist: Sprachzertifikat für Deutsch (Niveaustufe B2 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen) einreichen
- 12) Berufshaftpflichtversicherung einreichen