



MELDUNG EINER ZEITLICH BEGRENZTEN EIGENVERANTWORTLICHEN TÄTIGKEIT IM KANTON APPENZELL I.RH. (90-TAGE DIENSTLEISTUNG) ALS

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> Pflegefachmann/-frau |
| <input type="checkbox"/> Zahnarzt/-ärztin | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/-in |
| <input type="checkbox"/> Apotheker/-in | <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/-in |
| <input type="checkbox"/> Chiropraktor/-in | <input type="checkbox"/> Entbindungshelfer/Hebamme |
| <input type="checkbox"/> Tierarzt/Tierärztin | <input type="checkbox"/> Ernährungsberater/-in |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeut/Psychotherapeutin | <input type="checkbox"/> Optometrist/-in |
| <input type="checkbox"/> Osteopath/-in | |

Inhaberinnen und Inhaber einer gültigen kantonalen Berufsausübungsbewilligung in einem der oben erwähnten Berufe können ohne Bewilligung ihren Gesundheitsberuf während längstens 90 Tagen pro Kalenderjahr im Kanton Appenzell I.Rh. in eigener fachlicher Verantwortung ausüben. Sie haben sich beim Gesundheitsamt zu melden.

- Kreuzen Sie die beabsichtigte Dienstleistung an **und** füllen Sie die vorliegende Meldung **vollständig** aus. Tragen Sie alle verlangten **Belege vollständig** zusammen.
- Die Belege können als Kopien eingereicht werden. Bitte beachten Sie, dass auch **bei erneuten** Meldungen eine aktuelle (Gültigkeit **drei Monate**) Unbedenklichkeitserklärung (Certificate of Good Standing vgl. Fussnote 2) eingereicht werden muss.
- Unterzeichnen Sie das Meldeformular und reichen Sie es im Original zusammen mit allen Belegen spätestens 10 Tage vor Tätigkeitsaufnahme dem Gesundheitsamt per Post ein (Adresse siehe Briefkopf).

Beachten Sie:

- Sie dürfen Ihren Beruf als Dienstleistungserbringer erst eigenverantwortlich ausüben, wenn das Gesundheitsamt des Kantons Appenzell I.Rh. die Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen bestätigt hat.

| | |
|--|--|
| Personalien | |
| Name, Vorname | |
| Strasse | |
| PLZ, Ort | |
| Telefonnummer | |
| e-mail | |
| Geburtsdatum | |
| Nationalität, Heimatort ¹⁾ | |
| Qualifikationen | |
| In welchem Kanton verfügen Sie über eine Berufsausübungsbewilligung? ²⁾ | |

| | |
|---|--|
| Angaben zur Tätigkeit in Appenzell I.Rh. | |
| Wo erbringen Sie im Kanton Appenzell I.Rh. Ihre Dienstleistung? (genaue Adresse) | |
| Wie lange dauert Ihre Dienstleistung im Kanton Appenzell I.Rh.? (genaues Datum) | von..... bis..... |
| Haben Sie im laufenden Kalenderjahr schon in einem anderen Kanton eine 90-Tage-Dienstleistung erbracht? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Von..... bis(genaues Datum) Wo? |

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

| | |
|-------------------|---------------------|
| Ort, Datum | Unterschrift |
| | |

Das Gesundheitsamt bestätigt hiermit, dass die Voraussetzungen für eine 90-Tage Dienstleistung erfüllt sind bis zu längstens folgendem Datum:

.....

| | |
|-------------------|-----------------------------|
| Ort, Datum | Stempel/Unterschrift |
| | |

Fussnoten / Beilagen:

- 1) Kopie Pass oder Identitätskarte
- 2) Berufsausübungsbewilligung(en) **und jeweils aktuelle** (Gültigkeit **drei Monate**) Unbedenklichkeitserklärungen (Certificate of Good Standing) der zuständigen kantonalen Behörde
- 3) Kopie Berufshaftpflichtversicherung einreichen