

## Gesundheitsberufe

# Antragsformular für eine Berufsausübungsbewilligung

### Personalien der zu bewilligenden Person

Vorname: ..... Name: .....  
Strasse, Nr.: ..... PLZ, Ort: .....  
Tel. P.: ..... E-Mail P.: .....  
Nationalität: .....  weiblich  männlich / Geb-Datum: .....

### Tätigkeit der zu bewilligenden Person

<b>Beantragte Berufstätigkeit (Berufsbezeichnung)</b>	
Angaben über den Praxisstatus	<input type="checkbox"/> Tätigkeit in eigener Praxis <input type="checkbox"/> Tätigkeit in Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> Tätigkeit bei einer Organisation, Heim, TCM, etc.
Art des Arbeitsverhältnisses	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> unselbständig
Funktion	<input type="checkbox"/> Praxisinhaber/in oder Praxispartner/in <input type="checkbox"/> Leiter/in einer Organisation <input type="checkbox"/> im Auftrag / auf Honorarbasis (selbständig erw.) <input type="checkbox"/> angestellt, aber eigenverantwortliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> Stellvertreter/in <input type="checkbox"/> Assistent/in unter Aufsicht der Praxisleitung
Firmennamen/Arbeitgeber bei Assistenz-/Stellvertretern - des Praxisinhabers, bei Gemeinschaftspraxis - des Partners/der Partnerin, bei Organisationen (Name der Organisation)	
Zeitlicher Umfang der Tätigkeit im Kanton SH (Pensum)	Tage/Woche: ..... bzw. %-Pensum: .....
Verfüg(t)en Sie über eine ausserk. Praxisbewilligung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Kanton/Land: .....
Wird der ausserkantonale Praxisstandort beibehalten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wenn der externe Praxisstandort beibehalten wird, wie hoch ist der Tätigkeitsumfang im Kanton Schaffhausen?	<input type="checkbox"/> Pensum kleiner 90Tage/Jahr <input type="checkbox"/> Pensum grösser 90Tage/Jahr
Zusätzliche Tätigkeit ausserhalb der Praxis (z.B. als Belegarzt oder Heilmärzlin)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Spitäler SH <input type="checkbox"/> Klinik Belair <input type="checkbox"/> andere, wo .....
Antrag auf Zulassung zur Abrechnung zulasten der OKP	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, bitte separate Dokumente downloaden unter: <a href="https://sh.ch/CMS/Webseite/Kanton-Schaffhausen/Beh-rde/Verwaltung/Departement-des-Innern/Gesundheitsamt-14314884-DE.html">https://sh.ch/CMS/Webseite/Kanton-Schaffhausen/Beh-rde/Verwaltung/Departement-des-Innern/Gesundheitsamt-14314884-DE.html</a>
Voraussichtlicher Beginn der Tätigkeit	
Berufshaftpflichtversicherung (Versicherung, Police-Nr.)	
Soll eine Praxisapotheke (Detailhandelsbewilligung) eingerichtet werden?	Wenn ja, bitte separates Antragsformular downloaden unter: <a href="https://gesundheit.tg.ch/bewilligungen/betriebe/apothekenprivatapotheken.html/6056">https://gesundheit.tg.ch/bewilligungen/betriebe/apothekenprivatapotheken.html/6056</a>

## Räumlichkeiten (Ort der Tätigkeit, Infrastrukturen)

Name der Praxis: .....

Strasse, Nr.: ..... PLZ, Ort: .....

Tel. G.: ..... E-Mail G.: .....

Mobile Tätigkeit (z.B. Spitem, Geburtshilfe etc.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
---	---

Angabe zu Räumlichkeiten und Infrastrukturen:	Praxisräume: .....	Anzahl Räume .....	Fläche .....	qm
	Röntengeräte: .....	Anzahl Geräte .....		
	Raumpläne beigelegt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Medizinische Wiederaufbereitung? <i>(betrifft Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, DentalhygienikerInnen, Podologen/Podologinnen)</i>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
	<input type="checkbox"/> ich bestätige, dass die medizinische Aufbereitung den Anforderungen der MedPV und KIGAP entsprechen			
Entspricht der verwendete Sterilisator der aktuellen Norm SN EN 13060, Klasse B?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Typ: .....	

## Fähigkeitsausweise, Diplome, Weiterbildungstitel

Bezeichnung	ausgestellt durch	Ausstelldatum
1. ....	.....	.....
2. ....	.....	.....
3. ....	.....	.....

Gesuchsteller/innen mit im Ausland ausgestellten Fähigkeitsausweisen müssen Angaben zur Gleichwertigkeitsanerkennung in der Schweiz machen und den Eintrag in die entsprechenden Register (MedReg, NAREG) vornehmen lassen.

Anerkennung/Gleichwertigkeitserklärung durch	Ausstelldatum
1. ....	.....
2. ....	.....
Promotion, Habilitation (Angabe der Universität und des Titels)	Ausstelldatum
1. ....	.....

## Berufsausübungsbewilligung eines anderen Kantons bzw. EU-Landes

Falls eine Bewilligung eines anderen Kantons/EU-Landes vorliegt bzw. vorlag, bitten wir um folgende Angaben:

Ausstellungsdatum: ..... Ausstellungsbehörde: .....

Praxis-Adresse: .....

## Unterschrift (von Hand unterschreiben)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Korrektheit der gemachten Angaben.  
Das Gesundheitsamt wird berechtigt, Erkundigungen im Zusammenhang mit dem Bewilligungsgesuch einzuziehen.

Datum, Ort: .....

Unterschrift der Gesuchstellerin /des Gesuchstellers: .....

Unterschrift des zukünftigen Arbeitgebers:  
(falls Tätigkeit im Angestelltenverhältnis) .....

## Beilagen - einzureichende Dokumente der zu bewilligenden Person (Kopien)

- Fähigkeitsausweise und Diplome
- Bei Ärzt/innen, Chiropraktor/innen, Psychotherapeut/innen, Apotheker/innen: Weiterbildungstitel  
alle anderen Berufe: Nachweise über praktische Erfahrungen von mindest. 2 Jahren (Arbeitszeugnisse)
- Gleichwertigkeitsanerkennung bei ausländischen Fähigkeitsausweisen, Diplomen, Weiterbildungstiteln
- Promotions- bzw. Habilitationsurkunde
- Bei Medizinalpersonen + Psychotherapeut/-innen: Nachweise über die Fortbildungen der letzten 3 Jahre  
(Fortbildungsdiplom der Fachgesellschaft (z.B. SIWF) oder Aufstellung per Formular, [Link Formular](#))
  
- Aufstellung über die bisherige Tätigkeit (Lebenslauf)
- Bei unselbständig tätigen Personen: Kopie des Arbeitsvertrages
- Bei fachlicher Leitung: Kompetenzübertragung ([Link Kompetenzübertragung](#))
- aktueller Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung (Kopie Police)
- Bei Personen mit Bewilligung eines anderen Kantons/eines anderen Landes:  
Kopie der ausserkantonalen Bewilligung und Unbedenklichkeitserklärung/Certificate of good standing
- Pass / Ausweis (Fotokopie); bei ausländischen Personen zusätzlich Kopie des Ausländerausweises bei
- neuen Praxisräumlichkeiten: Raumpläne inkl. genauer Beschriftung der Räume
- bei Wiederaufbereitung: Grundrissplan (separater Aufbereitungsraum in drei Zonen eingeteilt, bitte einzeichnen), Arbeitsanweisung (Aufbereitung der Medizinprodukte)

### bei Antrag auf Zulassung zur OKP:

- Gesuch um Zulassung zulasten der OKP (separates Formular)
- Qualitätsnachweis gemäss Art. 58 KVV (separates Formular)

Bitte nur vollständige Gesuche einreichen (nach Möglichkeit per Post)

Bitte rechnen Sie mit einer Bearbeitungszeit für Ihr Gesuch von 4 - 6 Wochen  
(nach Eingang der vollständigen Unterlagen)

## Selbstdeklaration über die Unbedenklichkeit der Berufsausübung im bewilligungspflichtigen Bereich des Gesundheitswesens gemäss Gesundheitsgesetz (SHR 810.100)

Diese Erklärung ist dem Antrag auf eine Berufsausübungsbewilligung beizulegen.

Angaben zur Person	
Name, Vorname	
Praxis-/Standortadresse	
Kontaktdaten (Tel, Mail)	
Art der Tätigkeit:	

Wird im Folgenden mind. eine Frage mit „ja“ beantwortet, ist eine schriftliche Auskunft (unter Bemerkungen) und die Beilage allfälliger Akten bzw. Bestätigungen erforderlich:

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Bestehen physische oder psychische Beeinträchtigungen (z.B. ansteckende Krankheiten, kognitive Defizite)?
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Bestand oder besteht derzeit eine Abhängigkeit von Suchtmitteln (Drogen, Medikamenten oder Alkohol)?
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wurde Ihnen in einem anderen Kanton/Staat die Berufsausübungsbewilligung bzw. die Zulassung zur Tätigkeit verweigert oder entzogen?
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Haben Sie in einem anderen Kanton/Staat eine Berufsausübungsbewilligung beantragt, das Gesuch jedoch zurückgezogen oder auf eine Berufsausübung verzichtet?
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wurden strafrechtliche Massnahmen gegen Sie vorgenommen oder Verfahren an früheren Arbeitsstellen durchgeführt?
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Sind zum Zeitpunkt der Gesuchstellung polizeilichen Ermittlungs- oder Strafuntersuchungen hängig (aufsichtsrechtliche Verfahren, Straf-, Haftpflicht- oder Zivilverfahren mit Bezug zur Berufstätigkeit)?
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Läuft derzeit ein Bewilligungsentzugsverfahren in einem anderen Kanton/Staat?
Bemerkungen:		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die oben gemachten Angaben. Mir ist bekannt, dass ich allfällige zukünftig eingeleitete polizeiliche Ermittlungs- oder Strafverfahren mit Bezug zur Berufstätigkeit dem Gesundheitsamt unverzüglich zu melden habe.

.....  
Datum, Ort

.....  
Unterschrift

Dem Bewilligungsgesuch bzw. der Selbstdeklaration beizulegende Dokumente:

- Bei Personen mit Bewilligung eines anderen Kantons: Unbedenklichkeitserklärung des dortigen Kantonsarztes bzw. bei Personen, die selbständig in einem EU-Land tätig waren: „letter of good standing“ der Aufsichtsbehörde
- Aktueller Auszug aus dem Strafregister des Wohnsitzstaates (Original oder Kopie), nicht älter als 3 Monate  
Schweiz: auf Poststellen oder [www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/strafregister\\_de](http://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/strafregister_de)
- Sonderprivatauszug des Wohnsitzstaates (bei Pflegedienstleitungen der Heime erforderlich)  
Dieser gibt Auskunft über Berufs- bzw. Tätigkeitsverboten mit schutzbedürftigen Personen.  
Antragstellung online:  
[https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/sonderprivatauszug\\_de](https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/sonderprivatauszug_de)  
oder am Postschalter.