

Gesundheitsberufe

Antragsformular für eine Berufsausübungsbewilligung

Personalien der zu bewilligenden Person

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

Tätigkeit der zu bewilligenden Person

Beantragte Berufstätigkeit (Berufsbezeichnung)	
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)
	<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? Wird der ausserkantonale Praxisstandort beibehalten? Wenn der externe Praxisstandort beibehalten wird, wie hoch ist der Tätigkeitsumfang im Kanton Schaffhausen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Kanton/Land:
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Pensum kleiner 90Tage/Jahr <input type="checkbox"/> Pensum grösser 90Tage/Jahr
Antrag auf Zulassung zur Abrechnung zulasten der OKP	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Voraussichtlicher Beginn der Tätigkeit	
Berufshaftpflichtversicherung (Versicherung, PoliceNr.)	
Soll eine Praxisapotheke (Detailhandelsbewilligung) eingerrichtet werden?	Wenn ja, bitte das Antragsformular unter https://gesundheit.tg.ch/bewilligungen/betriebe/apotheke/privatapotheke runterladen und einreichen

Räumlichkeiten (Ort der Tätigkeit, Infrastrukturen)

Strasse, Nr.: PLZ, Ort:
 Tel. G.: E-Mail:

Angabe zu Räumlichkeiten und Infrastrukturen (bitte Pläne beilegen)	Praxisräume:	Anzahl Räume	Fläche qm
	Röntgengeräte:	Anzahl Geräte	
	Medizinische Wiederaufbereitung:	<input type="checkbox"/> ich bestätige, dass die medizinische Aufbereitungen den Anforderungen der MedPV und KIGAP entsprechen	

Weitere Angaben:

Fähigkeitsausweise, Diplome, Weiterbildungstitel

Bezeichnung	ausgestellt durch	Ausstelldatum
1.
2.
3.

Folgende Personen müssen noch Angaben zur Anerkennung und Gleichwertigkeitserklärung machen:

- Gesuchsteller/innen mit im Ausland ausgestellten Fähigkeitsausweisen sowie
- Logopäden, Physiotherapeuten, Naturheilpraktiker, etc., wenn deren Fähigkeitsausweis nicht von einer vom Bund bzw. den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle ausgestellt oder anerkannt wurde.

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

- Fähigkeitsausweise und Diplome (Fotokopien)
- Bei Ärzt/innen, Chiropraktor/innen, Psychotherapeut/innen, Apotheker/innen: Weiterbildungstitel (Fotokopie); alle anderen Berufe: Nachweise über praktische Erfahrungen von mindest. 2 Jahren (Kopie Arbeitszeugnisse)
- Gleichwertigkeitsanerkennung bei ausländischen Fähigkeitsausweisen, Diplomen, Weiterbildungstiteln
- Promotions- bzw. Habilitationsurkunde (Fotokopie)
- Bei Medizinalpersonen + Psychotherapeut/-innen: Nachweise über die Fortbildungen der letzten 3 Jahre (Fortbildungsdiplom oder Aufstellung per Excel-Formular, abrufbar auf der Gesundheitsamt-Internetseite)
- Aufstellung über die bisherige Tätigkeit (Lebenslauf)
- Bei unselbständig tätigen Personen: Kopie Arbeitsvertrages + Kompetenzübertragung (Formular ist online)
- Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung (Fotokopie der 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

bei Antrag auf Zulassung zur OKP:

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

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
- Auszug aus dem Strafregister des Wohnsitzstaates (Original oder Kopie)
Schweiz: auf Poststellen oder 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 oder am Postschalter.