Departement Gesundheit und Soziales

Fachstelle Gesundheitsfachpersonen

Kasernenstrasse 17

9102 Herisau

# Anmeldung zur Berufsausübung als Gesundheitsfachperson

# (MedBG, SR 811.11 / GG, bGS 811.1)

(exkl. Assistenzärztinnen und Assistenzärzte / Praxisassistentinnen und Praxisassistenten)

Apothekerin / Apotheker  Chiropraktorin / Chiropraktor  Zahnärztin / Zahnarzt

Ärztin / Arzt  Tierärztin / Tierarzt

## Privatadresse

|  |  |
| --- | --- |
| Titel | |
| Name | Vorname |
| Strasse | Nr. |
| Adresszusatz | |
| PLZ | Ort |
| Korrespondenzsprache | Homepage |
| Geburtsdatum | Geschlecht  weiblich  männlich |
| Nationalität | Heimatort |
| Tel. | E-Mail |
| AHV-Nr. | |

|  |
| --- |
| Tätigkeit erfolgt in einem Angestelltenverhältnis?  Ja  Nein |
| Arbeitspensum / Beschäftigungsgrad       % |

## Praxisadresse (bei Selbständigkeit) / Arbeitgeberadresse

|  |  |
| --- | --- |
| Firmenname | |
| Rechtsform | |
| Strasse | Nr. |
| PLZ | Ort |
| Korrespondenzsprache | Homepage |
| Tel. | E-Mail |
| Fax |  |

*HINWEIS: Ein Arbeitgeber in der Rechtsform (GmbH, AG, Genossenschaft, Stiftung oder Verein) benötigt in jedem Fall auch eine Bewilligung als Institution des Gesundheitswesens.*

|  |
| --- |
| **Handelt es sich um eine Neueröffnung?**  Ja  Nein |

|  |
| --- |
| **Geplanter Termin der Praxiseröffnung / der Arbeitsaufnahme** |

|  |
| --- |
| **Beabsichtigen Sie eine ärztliche Privatapotheke zu führen?**  Ja  Nein |

## Bemerkungen

|  |
| --- |
|  |

**Beginn der Bearbeitung**

Die Antragstellerin / der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass die Bearbeitung des Antrags erst nach Erhalt der geforderten Unterlagen erfolgt.

**Gebühren**

Zulassungsbewilligung: CHF 600.00 Praxisinspektion: CHF 400.00

Die Zulassungsgebühr entfällt, wenn bereits eine Bewilligung eines anderen Kantons besteht 🡪 Zulassungsbewilligung nach Bundesgesetz über den Binnenmarkt (BGBM).

**Hinweis**

Sämtliche Änderungen an den hiermit erbrachten Unterlagen sind meldepflichtig. Die Arbeit darf erst NACH der Erteilung der Bewilligung aufgenommen werden. Bei einem Verstoss gegen die Meldepflicht oder im Falle einer Tätigkeit als Gesundheitsfachperson ohne Bewilligung kommt die folgende Bestimmung des Gesundheitsgesetzes (GG, bGS 811.1) zur Anwendung.

Art. 66 Strafbestimmung

Wer vorsätzlich oder fahrlässig dieses Gesetz oder die gestützt darauf erlassenen Verordnungen und Verfügungen übertritt oder bei deren Übertretung mitwirkt, wird, soweit nicht besondere Strafbestimmungen anwendbar sind, mit Busse bis CHF 20’000 bestraft.

|  |
| --- |
| Ort / Datum Unterschrift / ev. Stempel |

# Checkliste

**Bitte legen Sie diesem Formular folgende Unterlagen bei**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wenn Sie bereits eine Berufsausübungsbewilligung eines anderen Kantons besitzen** | |
|  | Bewilligung Fremdkanton (KOPIE) |
|  | Unbedenklichkeitsbestätigung (Letter of good standing - ORIGINAL) |
| **Weitere Unterlagen** | |
|  | Auszug Strafregister (ORIGINAL: nicht älter als 1 Monat) |
|  | Auszug Betreibungsregister (ORIGINAL: nicht älter als 1 Monat) |
|  | Ärztliche Bestätigung, dass keine gesundheitlichen Gründe (z.B. körperliche Einschränkungen, Suchtverhalten, etc.) eine Ausübung des Berufs zum Zeitpunkt der Gesuchstellung ausschliessen würden (ORIGINAL: nicht älter als 1 Monat) |
| **Berufsdiplome** | |
|  | Universitätsdiplom/e (KOPIEN) |
|  | Doktorurkunde/n (KOPIEN) |
|  | Bei ausländischem Diplom: Gleichstellungsanerkennung durch das Bundesamt für Gesundheit (KOPIE) |
|  | Weiterbildungsdiplome (z.B. Facharztdiplom) (KOPIEN) |
| **Lebenslauf** | |
|  | vollständiger beruflicher Lebenslauf und aktuelle Fotografie |
|  | Arbeitsbestätigungen / Zeugnisse (KOPIEN) |
| **Nachweis einer adäquaten Berufshaftpflichtversicherung** | |
|  | aktuelle Police (KOPIE) - (bei angestellten Personen genügt ein Verweis auf die bewilligte Institution) |
|  | Bestätigung des Versicherungsschutzes durch die Versicherung (ORIGINAL: nicht älter als  1 Monat) |
| **Nachweis der zweckmässigen Räumlichkeiten** | |
|  | Grundrisse der Behandlungsräume (KOPIE) - (bei angestellten Personen genügt ein Verweis auf die bewilligte Institution) |
| **Mitwirkung am / Befreiung vom Notfalldienst** | |
|  | Bestätigung der Einplanung im oder der Befreiung vom Notfalldienst durch den jeweiligen Berufsverband (ORIGINAL) 🡪 gilt für Ärzte/innen und Zahnärzte/innen |