



**Gesuch um Erteilung einer Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung im Kanton Appenzel Ausserrhoden als**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dentalhygienikerin oder Dentalhygieniker     | <input type="checkbox"/> Drogistin oder Drogist                             |
| <input type="checkbox"/> Hörgeräteakustikerin oder Hörgeräteakustiker | <input type="checkbox"/> Komplementärtherapeutin oder Komplementärtherapeut |
| <input type="checkbox"/> Logopädin oder Logopäde                      | <input type="checkbox"/> medizinische Masseurin oder medizinischer Masseur  |
| <input type="checkbox"/> Orthoptistin oder Orthoptist                 | <input type="checkbox"/> Podologin oder Podologe                            |
| <input type="checkbox"/> Rettungssanitäterin oder Rettungssanitäter   | <input type="checkbox"/> Tierphysiotherapeutin oder Tierphysiotherapeut     |

**1 Angaben zur Person**

**1.1 Personalien**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geschlecht  weiblich  männlich

Nationalität \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Heimatort<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

GLN-Nr.<sup>2 3</sup> \_\_\_\_\_

**1.2 Wohnadresse**

Strasse \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_

Tel. Privat \_\_\_\_\_

Mobile Privat \_\_\_\_\_

E-Mail Privat \_\_\_\_\_

**1.3 Berufsdiplom**

Diplombezeichnung \_\_\_\_\_

Ausstellende Stelle \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich im NaReg registriert bin.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Nur wenn vorhanden.

<sup>2</sup> Gilt nicht für Hörgeräteakustikerinnen und Hörgeräteakustiker, Komplementärtherapeutinnen und Komplementärtherapeuten sowie für Tierphysiotherapeutinnen und Tierphysiotherapeuten.

<sup>3</sup> Kann dem NaReg ([www.nareg.ch](http://www.nareg.ch)) entnommen werden.

<sup>4</sup> Sie müssen im NaReg registriert sein und Ihr Berufsdiplom muss eingetragen sein. Prüfen Sie unter [www.nareg.ch](http://www.nareg.ch), ob dies der Fall ist. Wenn nicht, setzen Sie sich mit dem Schweizerischen Roten Kreuz in Verbindung.



## 1.4 Fortbildung

Ich bestätige, dass ich während meiner gesamten Tätigkeitsdauer der Fortbildungspflicht nachkomme.   
Die Fortbildungsnachweise müssen der Fachstelle Gesundheitsfachpersonen auf Verlangen vorgelegt werden können.

## 1.5 Nachweis akademischer Titel

Bezeichnung / Titel	_____	Abkürzung	_____
Ausstellende Stelle	_____	Datum	_____
Ort	_____	Land	_____

## 2 Berufsausübung

### 2.1 Angaben zur Berufsausübung

Sind Sie selbständig erwerbstätig?  Ja  Nein

Sind Sie im Anstellungsverhältnis tätig?  Ja  Nein

Sind Sie die einzige Gesundheitsfachperson Ihres Berufes in der Institution?  Ja  Nein

Verbindliches Datum der Tätigkeitsaufnahme / der Praxiseröffnung \_\_\_\_\_

Beschäftigungsgrad / Pensum im Kanton Appenzell Ausserrhoden \_\_\_\_\_

Funktion innerhalb der Institution  Mitarbeiterin / Mitarbeiter  
 Fachtechnische Leitung  
 weiteres \_\_\_\_\_

### 2.2 Institution / Praxis im Kanton Appenzell Ausserrhoden

Name der Institution / Praxis \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

allgemeine E-Mail Institution<sup>5</sup> \_\_\_\_\_

persönliche E-Mail Institution<sup>5</sup> \_\_\_\_\_

Website \_\_\_\_\_

Rechtsform \_\_\_\_\_

Neueröffnung  Ja  Nein

<sup>5</sup> Verschlüsselt über HIN oder anderen Anbieter - zum datenschutzkonformen Versand sensibler Daten



## 2.3 Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

Verfügen Sie zurzeit über eine gültige Berufsausübungsbewilligung in einem anderen Kanton?

Ja<sup>6</sup>  Nein

Kanton: \_\_\_\_\_

Falls nein, legen Sie dem Gesuch bitte die Dokumente gemäss Anhang A bei.

Falls ja, müssen weniger Unterlagen eingereicht werden. Legen Sie dem Gesuch bitte die Dokumente gemäss Anhang B bei.

## 3 Persönliche Voraussetzungen

Leiden oder litten Sie an einer physischen oder psychischen Einschränkung, die sich auf Ihre berufliche Tätigkeit auswirken könnte?

Ja  Nein

Wurde Ihnen eine Berufsausübungsbewilligung eingeschränkt, verweigert oder entzogen?

Ja  Nein

Besteht ein Berufsverbot?

Ja  Nein

Besteht eine Beistandschaft?

Ja  Nein

Laufen oder liefen gegen Sie zivil-, haftpflicht-, straf- oder aufsichtsrechtliche Verfahren?

Ja  Nein

Wenn eine Frage mit ja beantwortet wird, bitten wir Sie in jedem Fall um eine schriftliche Begründung. Bitte legen Sie uns auch die Verfahrensakten bei (bei zivil- oder haftpflichtrechtlichen Verfahren nur in Bezug auf die Berufsausübung).

## Vollständigkeit der Unterlagen und Dauer der Bearbeitung

Das Gesuch wird erst nach Vorliegen sämtlicher Unterlagen geprüft. Die Bearbeitung des Gesuchs dauert ab dem Zeitpunkt, in welchem alle Unterlagen vollständig vorliegen, in der Regel vier Wochen. Die amtliche Verfügung wird Ihnen per Post an Ihre Wohnadresse in der Schweiz zugestellt.

Bitte geben Sie eine Zustelladresse in der Schweiz an, wenn Sie im Ausland wohnhaft sind:

\_\_\_\_\_

## Gebühren

Eine Gesuchstellung ist kostenpflichtig. Für die Ausstellung oder Verweigerung der Bewilligung zur Berufsausübung wird der gesuchstellenden Person in der Regel eine Gebühr von Fr. 500.00 verrechnet. Die Gebühr für die Ausstellung entfällt, wenn bereits eine Bewilligung eines anderen Kantons besteht.

Bitte geben Sie eine Rechnungsadresse in der Schweiz an, wenn Sie im Ausland wohnhaft sind:

\_\_\_\_\_

## Hinweis

Sämtliche Änderungen bei den erfragten Angaben und den eingereichten Unterlagen sind meldepflichtig. Die eigenverantwortliche Berufsausübung ohne Bewilligung zur Berufsausübung ist nicht zulässig und wird sanktioniert.

<sup>6</sup> Falls Sie bereits über eine gültige Berufsausübungsbewilligung verfügen, kann die vorliegende Berufsausübungsbewilligung nach dem Bundesgesetz über den Binnenmarkt (Binnenmarktgesetz; BGBM; SR 943.02) und somit gebührenfrei erteilt werden.



## Bestätigung

Die/der Unterzeichnende bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass die eingeforderten und gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Sie ermächtigen zudem die Bewilligungsbehörde, Auskünfte über Sie bei Institutionen, die ihre Diplome und Titel oder deren Äquivalent ausgestellt haben, sowie bei Arbeitgebern und Behörden einzuholen.

Ort, Datum

---

Unterschrift <sup>7</sup>

---

---

<sup>7</sup> Das Gesuch muss von der Gesundheitsfachperson, welche um eine Berufsausübungsbewilligung ersucht, persönlich unterzeichnet werden.



## Anhang A. Beilagen zum Gesuch um Erteilung einer Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung

**Hinweis:** Fremdsprachige Dokumente sind in einer beglaubigten Übersetzung auf Deutsch einzureichen. Dokumente, welche im Original eingereicht werden müssen, sind per Post, nicht geheftet, einzureichen. Beachten Sie, dass diese Dokumente nicht retourniert werden.

### Diplom

#### Bei einem eidgenössischen Diplom

- |   |             |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Eidgenössisches Berufsdiplom als:  | Kopie / PDF |
| <input type="checkbox"/> Dentalhygienikerin / Dentalhygieniker (HF)                                   |             |
| <input type="checkbox"/> Drogistin / Drogist (HF)   |             |
| <input type="checkbox"/> Hörgeräteakustikerin / Hörgeräteakustiker (eidg. Fachausweis BP)             |             |
| <input type="checkbox"/> Komplementärtherapeutin / Komplementärtherapeut (Zertifikat Oda KT oder HFP) |             |
| <input type="checkbox"/> Logopädin / Logopäde (Bachelor of Arts)                                      |             |
| <input type="checkbox"/> medizinische Masseurin / medizinischer Masseur (eidg. Fachausweis BP)        |             |
| <input type="checkbox"/> Orthoptistin / Orthoptist (HF)   |             |
| <input type="checkbox"/> Podologin / Podologe (HF)  |             |
| <input type="checkbox"/> Rettungssanitäterin / Rettungssanitäter (HF)                                 |             |
| <input type="checkbox"/> Tierphysiotherapeutin / Tierphysiotherapeut (HFP)                            |             |

#### Bei einem ausländischen Diplom

- |  |             |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Ausländischer Bildungsabschluss für den beantragten Beruf   | Kopie / PDF |
| <input type="checkbox"/> Anerkennung der Gleichwertigkeit durch:   | Kopie / PDF |
| <input type="checkbox"/> das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) mitsamt Begleitschreiben (Werkstrasse 18, 3084 Wabern, <a href="http://www.redcross.ch">www.redcross.ch</a> )<br><i>Betrifft: Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker, med. Masseurinnen und med. Masseure, Orthoptistinnen und Orthoptisten, Podologinnen und Podologen, Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter</i>     |             |
| <input type="checkbox"/> das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) (Einsteinstrasse 2, 3003 Bern, <a href="http://www.sbf.admin.ch">www.sbf.admin.ch</a> )<br><i>Betrifft: Drogistinnen und Drogisten, Hörgeräteakustikerinnen und Hörgeräteakustiker, Komplementärtherapeutinnen und Komplementärtherapeuten, Tierphysiotherapeutinnen und Tierphysiotherapeuten</i> |             |
| <input type="checkbox"/> die Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektion (EDK) (Speichergasse 6, 3001 Bern, <a href="http://www.edk.ch">www.edk.ch</a> )<br><i>Betrifft: Logopädinnen und Logopäden</i>  |             |



## Falls vorhanden

- Nachweis akademischer Titel Kopie / PDF

## Bisherige berufliche Tätigkeit

- Aktueller, tabellarischer, lückenloser Lebenslauf inklusive Fotografie Kopie / PDF
- Arbeitszeugnisse der letzten 5 Jahre Kopie / PDF

## Weitere Dokumente

- Pass oder Identitätskarte (beide Seiten) Kopie / PDF
- Auszüge aus dem schweizerischen Strafregister: Kopie / PDF /
- Privatauszug Original /
- Sonderprivatauszug (nicht für Tierphysiotherapeutinnen und Tierphysiotherapeuten) elektronischer Auszug, nicht älter als 1 Monat

Nach Eingang Ihrer Unterlagen werden wir Ihnen das von uns ausgefüllte/unterzeichnete Formular für die Bestellung des Sonderprivatauszuges zustellen. (Bundesrain 20, 3003 Bern, [www.bj.admin.ch](http://www.bj.admin.ch))

Auszüge aus dem schweizerischen Strafregister werden nur akzeptiert, wenn sie elektronisch validiert werden können.

- Beachten Sie: Wenn Sie noch nicht 5 Jahre in der Schweiz leben und tätig sind, werden auch die Strafregisterauszüge der Länder gebraucht, in welchen Sie in diesem Zeitraum gelebt haben oder tätig waren.*

## Folgendes Dokument ist beizulegen, wenn Sie älter als 65 Jahre sind:

- Ärztliches Attest, welches belegt, dass keine gesundheitlichen Gründe vorliegen, welche eine Ausübung des Berufes ausschliessen (Formular steht unter [www.ar.ch/gesundheitsfachpersonen](http://www.ar.ch/gesundheitsfachpersonen) zur Verfügung) Original, nicht älter als 1 Monat

## Folgende Dokumente sind beizulegen, wenn Sie selbständig erwerbstätig sind:

- Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung (Aktuelle Deckungszusage der Versicherung; gültig ab dem Datum der Tätigkeitsaufnahme) Kopie / PDF
- Nachweis zweckmässige Räumlichkeiten (Grundriss), Einrichtungen und Ausrüstungen in der Praxis Kopie / PDF

## Folgende Dokumente sind beizulegen, wenn Sie im Anstellungsverhältnis tätig sind:

- Bestätigung des Arbeitgebers, dass eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung vorhanden ist, welche den zukünftigen Mitarbeitenden einschliesst oder Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung Original oder Kopie / PDF



(Formular steht unter [www.ar.ch/gesundheitsfachpersonen](http://www.ar.ch/gesundheitsfachpersonen) zur Verfügung)

**Folgende Dokumente sind beizulegen, wenn laufende zivil-, haftpflicht-, straf- oder aufsichtsrechtliche Verfahren vorliegen:**

- |   |             |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Schriftliche Begründung  | Kopie / PDF |
| <input type="checkbox"/> Verfahrensakten (bei zivil- oder haftpflichtrechtlichen Verfahren nur in Bezug auf die Berufsausübung) | Kopie / PDF |

**Folgende Dokumente sind beizulegen, wenn Sie in den letzten 5 Jahren über eine Berufsausübungsbewilligung anderer Länder verfügt haben:**

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Unbedenklichkeitsbescheinigung der Gesundheitsbehörden für die letzten 5 Jahre | Original, nicht älter als 1 Monat |
|---|-----------------------------------|



### Anhang B. Beilagen zum Gesuch um Erteilung einer Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung, wenn bereits eine gültige Berufsausübungsbewilligung eines anderen Kantons vorliegt

**Hinweis:** Fremdsprachige Dokumente sind in einer beglaubigten Übersetzung auf Deutsch einzureichen. Dokumente, welche im Original per Post eingereicht werden, sind nicht geheftet einzureichen. Beachten Sie, dass diese Dokumente nicht retourniert werden.

#### Diplom (Gilt nur für Hörgeräteakustikerinnen und Hörgeräteakustiker, Komplementärtherapeutinnen und Komplementärtherapeuten sowie für Tierphysiotherapeutinnen und Tierphysiotherapeuten)

##### Bei einem eidgenössischen Diplom

- |  |             |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Eidgenössisches Berufsdiplom als:   | Kopie / PDF |
| <input type="checkbox"/> Hörgeräteakustikerin / Hörgeräteakustiker (eidg. Fachausweis BP)                |             |
| <input type="checkbox"/> Komplementärtherapeutin / Komplementärtherapeut<br>(Zertifikat Oda KT oder HFP) |             |
| <input type="checkbox"/> Tierphysiotherapeutin / Tierphysiotherapeut (HFP)                               |             |

##### Bei einem ausländischen Diplom

- |   |             |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Ausländischer Bildungsabschluss für den beantragten Beruf  | Kopie / PDF |
| <input type="checkbox"/> Anerkennung der Gleichwertigkeit durch das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI)<br>(Einsteinstrasse 2, 3003 Bern, <a href="http://www.sbf.admin.ch">www.sbf.admin.ch</a> ) | Kopie / PDF |

##### Erstbewilligung

- |   |             |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Gültige Bewilligung zur Berufsausübung als ... in eigener fachlicher Verantwortung eines oder mehrerer anderer Kantone | Kopie / PDF |
| <input type="checkbox"/> Dentalhygienikerin / Dentalhygieniker (HF)   |             |
| <input type="checkbox"/> Drogistin / Drogist (HF)   |             |
| <input type="checkbox"/> Hörgeräteakustikerin / Hörgeräteakustiker (eidg. Fachausweis BP)   |             |
| <input type="checkbox"/> Komplementärtherapeutin / Komplementärtherapeut<br>(Zertifikat Oda KT oder HFP)  |             |
| <input type="checkbox"/> Logopädin / Logopäde (Bachelor of Arts)  |             |
| <input type="checkbox"/> medizinische Masseurin / medizinischer Masseur (eidg. Fachausweis BP)  |             |
| <input type="checkbox"/> Orthoptistin / Orthoptist (HF)   |             |
| <input type="checkbox"/> Podologin / Podologe (HF)  |             |
| <input type="checkbox"/> Rettungssanitäterin / Rettungssanitäter (HF)   |             |
| <input type="checkbox"/> Tierphysiotherapeutin / Tierphysiotherapeut (HFP)  |             |

*Wenn Verfügungen von mehreren Kantonen vorliegen, muss mindestens die Verfügung des erstbewilligenden und diejenige(n), der Kantone, in welchem(welchen) Sie zurzeit tätig sind, eingereicht werden.*





## Bisherige berufliche Tätigkeit

- Aktueller, tabellarischer, lückenloser Lebenslauf inklusive Fotografie Kopie / PDF

## Weitere Dokumente

- Pass oder Identitätskarte (beide Seiten) Kopie / PDF

## Folgende Dokumente sind beizulegen, wenn Sie selbständig erwerbstätig sind:

- Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung (Aktuelle Deckungszusage der Versicherung; gültig ab dem Datum der Tätigkeitsaufnahme) Kopie / PDF
- Nachweis zweckmässige Räumlichkeiten (Grundriss), Einrichtungen und Ausrüstungen in der Praxis Kopie / PDF

## Folgende Dokumente sind beizulegen, wenn Sie im Anstellungsverhältnis tätig sind:

- Bestätigung des Arbeitgebers, dass eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung vorhanden ist, welche den zukünftigen Mitarbeitenden einschliesst oder Nachweis Berufshaftpflichtversicherung Original oder  
Kopie / PDF  
(Formular steht unter [www.ar.ch/gesundheitsfachpersonen](http://www.ar.ch/gesundheitsfachpersonen) zur Verfügung)

## Folgende Dokumente sind beizulegen, wenn laufende zivil-, haftpflicht-, straf- oder

- Schriftliche Begründung Kopie / PDF
- Verfahrensakten (bei zivil- oder haftpflichtrechtlichen Verfahren nur in Bezug auf die Berufsausübung) Kopie / PDF