

Sicherheits- & Gesundheitsdepartement

Gesundheitsamt
Dorfplatz 4
Postfach 1261
6061 Sarnen
Telefon 041 666 63 37
Fax 041 666 64 14
E-Mail gesundheitsamt@ow.ch
Internet http://www.obwalden.ch

**Gesuch
um Bewilligung für die selbstständige Berufsausübung als Arzt**

1. Personalien

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Heimatort, -staat:

Adresse privat:

.....

Telefonisch am besten erreichbar:

Adresse Arbeitsplatz:

.....

Kopie des Leumundszeugnisses oder des Strafregisterauszugs: Beleg Nr.
(nicht älter als 3 Monate)

Für Ausländer:

Aufenthaltsbewilligung B	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Niederlassungsbewilligung C	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Andere Aufenthaltsbewilligung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

(☒ Zutreffendes ankreuzen!)

Bitte Kopie beilegen! Beleg Nr.

2. Ausbildung

2.1 Allgemeine Ausbildung (Allgemeinbildung)

	Ort:	von:	bis:
Primarschule:
Sekundarschule:
Höhere Schulbildung:
Abschlussjahr:	Art:
Andere Ausbildung:		
Art der Ausbildung:		
Dauer und Ort (Institution)		
Abschlussjahr:		

2.2 Ausbildung als Arzt

Dauer und Ort (Institution):
Abschlussjahr:

Bitte Kopie des Diploms beilegen!

Beleg Nr.

Diplom aus einem EU-Mitgliedstaat: Bitte zusätzlich
Bescheinigung über die Gleichwertigkeit und beglaubigte
Übersetzung des Diploms in deutscher Sprache beilegen!

Beleg Nr.

2.3 Promotion / Weiterbildung:

Art:	Institution / Ort:	Dauer:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bitte Kopien der Promotions- und Weiterbildungs-
bescheinigungen beilegen!

Beleg Nr.

Weiterbildungstitel aus einem EU-Mitgliedstaat: Bitte zusätzlich
Bescheinigung über die Gleichwertigkeit und beglaubigte
Übersetzung der Bescheinigung(en) in deutscher Sprache beilegen!

Beleg Nr.

3. Berufsausübung

Bisherige Tätigkeiten

Art:	Institution / Ort:	von / bis	Beleg Nr.:
.....
.....
.....
.....
.....

Im Kanton Obwalden tätig seit:

4. Angaben zur geplanten Praxistätigkeit

Zeitpunkt der Aufnahme der selbstständigen Berufstätigkeit als Arzt:

Gesuch für Praxistätigkeit in folgendem Fachbereich (bitte zutreffendes ankreuzen):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin | <input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Anästhesiologie | <input type="checkbox"/> Kinderpsychiatrie und Kinderpsychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Ophthalmologie |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie und Venerologie | <input type="checkbox"/> Orthopädische Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologie und Geburtshilfe | <input type="checkbox"/> Otorhinolaryngologie |
| <input type="checkbox"/> Allg. Innere Medizin | <input type="checkbox"/> Pädiatrie |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin, spez. Endokrinologie | <input type="checkbox"/> Radiologie und Nuklearmedizin |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin, spez. Lungenkrankheit | <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin, spez. Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Urologie |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin, spez. Hämatologie | <input type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rheumatologie |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin, spez. Magen-Darm-Krankheiten | <input type="checkbox"/> anderer Fachbereich, nämlich: |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurgie | |
| <input type="checkbox"/> Neurologie | |

Pensum (in %)

Gesuch um Bewilligung zur Führung einer Praxisapotheke: Ja Nein

5. Praxisräumlichkeiten und -einrichtungen

Adresse Räumlichkeiten:

.....

.....

Pläne der Räumlichkeiten: Beleg Nr.

Bei Übernahme einer bestehenden Praxis:
Schriftliche Bestätigung des bisherigen Praxisinhabers Beleg Nr.

Bemerkungen zu den Räumlichkeiten und Einrichtungen:

.....

.....

.....



Der / die Unterzeichnete bestätigt, alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Ort, Datum: Unterschrift:

.....