



**Meldung zur selbstständigen Berufsausübung als Medizinalperson
90 Tage-Dienstleister**

- Arzt / Ärztin
- Zahnarzt / Zahnärztin
-
- Apotheker / Apothekerin
- Chiropraktiker / Chiropraktikerin

Bitte reichen Sie dieses Formular zusammen mit den erforderlichen Beilagen an nebenstehende Adresse ein. Die Beilagen können als Kopien eingereicht werden, soweit nicht ausdrücklich ein Original verlangt wird.
Bitte nummerieren Sie die Beilagen und tragen Sie die Nummern in der dafür vorgesehenen Spalte ein. (Beleg-Nr.)

1. Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Heimatort / Heimatstaat

Adresse

Telefon

E-Mail

2. Ständige Praxis

Name

Adresse

Telefon

E-Mail

Nachweis Berufshaftpflichtversicherung Beleg-Nr.

Auf Verlangen einzureichen

Ausweis über auszureichende Sprachkenntnisse in Deutsch (mindestens Niveau B2)

**3. Zeitlich begrenzte selbstständige Tätigkeit im Kanton Obwalden
(maximal 90 Tage pro Kalenderjahr)**

Von Bis

Von Bis

Von Bis

Adresse, an der die Tätigkeit ausgeübt wird

.....
.....

Praxisinhaber vor Ort

.....

4. Ausbildung

Eidgenössisches Diplom oder Anerkennung durch Bundesamt für Gesundheit BAG

Ort / Ausstellungsdatum Beleg-Nr.

Doktorat

Universität / Ausstellungsdatum Beleg-Nr.

Eidgenössischer Facharztstitel oder Anerkennung durch Bundesamt für Gesundheit BAG

Ort / Ausstellungsdatum Beleg-Nr.

5. Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

Verfügen Sie bereits eine Bewilligung in einem anderen Kanton? Ja Nein

Wenn ja, wo? Ausstellungsdatum

Wenn ja, Unbedenklichkeitsbescheinigung beilegen Beleg-Nr.

Wenn bereits eine Berufsausübungsbewilligung in einem anderen Kanton oder einem anderen Staat vorhanden ist, ist eine Unbedenklichkeitsbescheinigung der zuständigen Aufsichtsbehörde im Original einzureichen (maximal **drei Monate** alt)

Wenn nein, Leumundszeugnis der Wohngemeinde oder Handlungsfähigkeitszeugnis im Original beilegen. Beleg-Nr.

Wurde Ihnen von einem Kanton/Staat die Berufsausübungsbewilligung verweigert, entzogen oder läuft aktuell ein Verfahren diesbezüglich? Ja Nein

Wenn ja, wo?

Wenn ja, Begründung oder entsprechende Verfügung beilegen. Beleg-Nr.

6. Bemerkungen

.....
.....
.....

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

Ort, Datum

Unterschrift

.....

Die Gesuchsunterlagen sind unterschrieben per Post einzureichen an:

Gesundheitsamt Obwalden, St. Antonistrasse 4, Postfach 1243, 6061 Sarnen
Telefon 041 666 64 58, Fax 041 666 61 15, Mail: gesundheitsamt@ow.ch

Checkliste der Beilagen

Ständige Praxis

Berufshaftpflichtversicherung Kopie

Ausbildung

Diplom Kopie

Eidgenössische Anerkennung Kopie

Doktorat Kopie

Facharzttitle Kopie

Eidgenössische Anerkennung Kopie

Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

Unbedenklichkeitsbescheinigung Original

Leumundszeugnis oder Handlungsfähigkeitszeugnis Original