



Gesuch um Erteilung einer Stellvertreterbewilligung

Arzt / Ärztin

Apotheker / Apothekerin

Zahnarzt / Zahnärztin

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. Angaben des Praxisinhabers / der Praxisinhaberin

Name

Vorname

Adresse

Telefon

E-Mail

Praxisgemeinschaft mit

2. Angaben zur Stellvertretung

Arbeitsbeginn

Enddatum

Arbeitspensum %

Grund

Bei Praxisgemeinschaft:

Wer wird vertreten?

Nachweis Berufshaftpflichtversicherung

Beleg-Nr.

3. Personalien der Stellvertretung

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

E-Mail

4. Ausbildung

Eidgenössisches Diplom oder Anerkennung

Ort / Ausstellungsdatum Beleg-Nr.

Doktorat

Universität / Ausstellungsdatum Beleg-Nr.

Eidgenössischer Facharztstitel oder Anerkennung

Ort / Ausstellungsdatum Beleg-Nr.

5. Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

Im Kanton Obwalden tätig seit

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)

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

