Kanton Obwalden

Sicherheits- und Sozialdepartement SSD
**Gesundheitsamt GA**

# Gesuch Assistenzbewilligung als Arzt / Ärztin, Zahnarzt / Zahnärztin

Bitte reichen Sie dieses Formular zusammen mit den erforderlichen Beilagen an untenstehende Adresse ein. Die Belege können als Kopien eingereicht werden.

## 1. Verantwortliche Arzt- oder Zahnarztperson

Name .....

Vorname .....

Praxisadresse .....

.....

.....

Telefon .....

E-Mail .....

Anzahl geplante / angebotene Assistentenstellen .....

Bei einem Vollzeitpensum werden dem Arzt / Zahnarzt Assistentenbewilligungen im Umfang von höchstens 200 Stellenprozent erteilt.

## 2. Angaben zur Assistenz

### 2.1 Personalien Assistenz

Name .....

Vorname .....

Adresse .....

.....

Heimatort / Heimatstaat .....

### 2.2 Ausbildung

☐ Eidgenössisches Diplom oder Anerkennung durch Bundesamt für Gesundheit BAG

Ort / Ausstellungsdatum ..... Beleg-Nr. .....

☐ Doktorat

Universität / Ausstellungsdatum ..... Beleg-Nr. .....

Assistenzarzttätigkeit dient zu Weiterbildungszwecken für den eidgenössischem Facharzttitel:
Ja ☐ Angestrebter Facharzttitel:..... Nein: ☐

## 2.3 Assistenzstelle

Datum der Tätigkeitaufnahme .....

Enddatum (falls bekannt) .....

Arbeitspensum in Prozent .....

## 3. Weitere Assistentinnen bzw. Assistenten, die in der Praxis tätig sind

Name .....

Vorname .....

Arbeitspensum (%) .....

Name .....

Vorname .....

Arbeitspensum (%) .....

## 4. Austretende oder ausgetretene Assistentinnen bzw. Assistenten

Name .....

Vorname .....

Austrittsdatum .....

Name .....

Vorname .....

Austrittsdatum .....

**Die Unterzeichneten bestätigen, alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.**

Ort, Datum Unterschrift (verantwortliche Arzt- Zahnarztperson)

..... .....

Ort, Datum Unterschrift (Assistenz)

..... .....

**Die Gesuchsunterlagen sind unterschrieben per Post einzureichen an:**

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