



Gesuch ausserordentliche Assistenzbewilligung als Arzt / Ärztin

Die ausserordentliche Assistenzbewilligung wird Personen erteilt, die über ein ausländisches Arztdiplom verfügen, das in der Schweiz nicht anerkennbar ist und beabsichtigen in der Hausarzt- oder Kindermedizin tätig zu werden. Sie haben die Möglichkeit, durch den Nachweis einer klinischen Tätigkeit in der Schweiz direkt zur eidgenössischen Prüfung in Humanmedizin zugelassen zu werden, um das eidgenössische Diplom in Humanmedizin zu erwerben. Die Registrierung im MedReg muss vorliegen (<https://www.bag.admin.ch/de/gesuch-einreichen-fuer-ein-diplom-der-medizinalberufe-aus-einem-drittstaat-nicht-eu-efta-staat>)

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

1. Verantwortliche Arztperson / Lehrpraxis

Name

Vorname

Praxisadresse

Telefon

E-Mail

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

2. Angaben zur Assistentin/zum Assistenten

2.1 Personalien Assistenz

Name

Vorname

Adresse

Heimatort / Heimatstaat

Kopie Pass oder Identitätskarte Beleg-Nr.

Kopie Ausländerausweis Beleg-Nr.

2.2 Ausbildung

Arztdiplom (Kopie) Beleg-Nr.

- Doktordiplom (falls vorhanden, Kopie) Beleg-Nr.
- Kopie Registrierungsbestätigung MedReg Beleg-Nr.
- Curriculum vitae Beleg-Nr.
- Sprachnachweis Deutsch Beleg-Nr.
 (Sprachnachweis für Deutsch einer Schweizer Sprachschule oder Goethe-Institut Niveau C1 oder Deutsch als Muttersprache oder Ausbildungssprache (Matura/Studium))

2.3 Anstellung

Von:.....bis.....Arbeitspensum (%)

3. Weitere Assistentinnen/Assistenten oder Praktikantinnen/Praktikanten, die in der Praxis tätig sind

Name Vorname Arbeitspensum (%)

Name Vorname Arbeitspensum (%)

Beabsichtigt die Assistenzärztin/der Assistenzarzt den Facharztstitel in Allgemeine Innere Medizin oder Kindermedizin zu erlangen und in der Schweiz tätig zu werden? Ja Nein

Die Unterzeichneten bestätigen, alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Ort, Datum	Unterschrift (verantwortliche Arztperson)
.....

Ort, Datum	Unterschrift (Assistenzärztin/Assistenzarzt)
.....

Die Gesuchunterlagen sind unterschrieben per Post oder Mail einzureichen an:

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