



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.

Assistenzarztstätigkeit dient zu Weiterbildungszwecken für den eidgenössischen Facharztstitel:

Ja ☐ Angestrebter Facharztstitel: Nein: ☐

2.3 Assistenzstelle

Datum der Tätigkeitsaufnahme

Enddatum (falls bekannt)

Arbeitspensum in Prozent

Bemerkungen

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

Bemerkungen

Die Unterzeichneten bestätigen, alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Ort, Datum	Unterschrift (verantwortliche Arzt- Zahnarztperson)
.....	

Ort, Datum	Unterschrift (Assistenz)
.....	

Die Gesuchsunterlagen sind unterschrieben einzureichen an:

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