



Gesuch um Bewilligung zur Berufsausübung als Arzt in eigener fachlicher Verantwortung

Bitte reichen Sie dieses Formular zusammen mit den erforderlichen Beilagen an untenstehende Adresse ein. Die Belege 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

PLZ/Adresse

Telefon

E-Mail

Strafregisterauszug beilegen Beleg-Nr.

Maximal **drei Monate** alt, bei ehemaligem oder aktuellem Wohnsitz im Ausland sind Strafregisterauszüge der Aufenthaltsstaaten der letzten fünf Jahre im **Original** beizulegen.

Für Ausländer gilt, eine Kopie der Aufenthaltsbewilligung beizulegen Beleg-Nr.

Auf Verlangen einzureichen

Ausweis über ausreichende Sprachkenntnisse in Deutsch (mindestens Niveau C1)

2. 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.

3. Lebenslauf

Bitte legen Sie einen tabellarischen Lebenslauf bei Beleg-Nr.

4. 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 einzureichen (maximal **drei Monate** alt)

Wenn nein, Handlungsfähigkeitszeugnis der KESB oder Wohngemeinde 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.

5. Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Wollen Sie im Kanton Obwalden zulasten der obligatorischen Krankenversicherung tätig sein? Ja Nein
Wenn ja, reichen Sie bitte zusätzlich das Formular OKP Zulassung Arzt ein.

Waren Sie mindestens 3 Jahre (100%) an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte tätig? Ja Nein

6. Angaben zur geplanten Praxistätigkeit

Neueröffnung

Praxisübernahme von

Gemeinschaftspraxis mit

Angestellt bei

Adresse

PLZ/Ort

Telefon / Fax

E-Mail

Homepage

Datum der Tätigkeitsaufnahme

Arbeitspensum in Prozent

Praxistätigkeit in folgendem Fachbereich

Nachweis Berufshaftpflichtversicherung Beleg-Nr.

Gesuch um Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke Ja Nein
(Pläne der Apothekenräumlichkeiten beilegen)

Haben Sie einen Handelsregistereintrag? Ja Nein

Wenn ja, bitte Kopie des Handelsregisterauszeuges beilegen Beleg-Nr.

7. 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, 6060 Sarnen
Telefon 041 666 64 58, Mail: gesundheitsamt@ow.ch

Checkliste der Beilagen

Personalien

Strafregisterauszug	Original
Aufenthaltsbewilligung	Kopie

Ausbildung

Diplom	Kopie
Eidgenössische Anerkennung	Kopie
Doktorat	Kopie
Facharzttitle	Kopie
Eidgenössische Anerkennung	Kopie

Lebenslauf

Tabellarischer Lebenslauf	Kopie
---------------------------	-------

Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

Unbedenklichkeitsbescheinigung	Original
Handlungsfähigkeitszeugnis	Original

Angaben zur geplanten Praxistätigkeit

Berufshaftpflichtversicherung	Kopie
Handelsregisterauszug	Kopie
Raumpläne	Kopie

Zulassung zur KVG-Abrechnung

Formular KVG Zulassung Arzt	Original
-----------------------------	----------