



**Meldung zur selbstständigen Berufsausübung als Medizinalperson  
90 Tage-Dienstleister**

- Arzt / Ärztin  Apotheker / Apothekerin  
 Zahnarzt / Zahnärztin  Chiropraktiker / Chiropraktikerin  
 .....

Bitte reichen Sie dieses Formular zusammen mit den erforderlichen Beilagen an untenstehende 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. Personalien**

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Heimatort / Heimatstaat .....

Adresse .....

Telefon .....

E-Mail .....

**2. Ständige Praxis**

Name .....

Adresse .....

Telefon .....

E-Mail .....

Nachweis Berufshaftpflichtversicherung Beleg-Nr. ....

**Auf Verlangen einzureichen**

Ausweis über auszureichende Sprachkenntnisse in Deutsch (mindestens Niveau B2)

**3. Zeitlich begrenzte selbstständige Tätigkeit im Kanton Obwalden  
(maximal 90 Tage pro Kalenderjahr)**

Von ..... Bis .....

Von ..... Bis .....

Von ..... Bis .....

Adresse, an der die Tätigkeit ausgeübt wird

.....  
.....

Praxisinhaber vor Ort

.....

**4. 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. ....

**5. Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit**

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. ....

**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, Mail: [gesundheitsamt@ow.ch](mailto:gesundheitsamt@ow.ch)

## Checkliste der Beilagen

### Ständige Praxis

Berufshaftpflichtversicherung Kopie

### Ausbildung

Diplom Kopie

Eidgenössische Anerkennung Kopie

Doktorat Kopie

Facharzttitle Kopie

Eidgenössische Anerkennung Kopie

### Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

Unbedenklichkeitsbescheinigung Original

Handlungsfähigkeitszeugnis Original