



## Gesuch Sonderbewilligung zur Tätigkeit als Naturheilpraktiker/in unter Mentorat

Personen, die sich in Ausbildung zur Naturheilpraktiker/in befinden können im Hinblick auf die Erlangung des eidgenössischen Diploms die erforderliche Berufspraxis unter Mentorat absolvieren.

Die Aufnahme der Tätigkeit als Naturheilpraktiker/in ist erst nach Vorliegen der Sonderbewilligung unter Mentorat oder der Berufsausübungsbewilligung mit eidgenössischem Fachausweis gestattet.

### 1. Personalien

Name ..... Vorname: .....

Geburtsdatum .....

Heimatort / Heimatstaat .....

Adresse .....

PLZ/Ort .....

Telefon .....

E-Mail .....

Sprachkenntnisse Deutsch  Muttersprache  mind. Niveau B2

Dauer des Mentorates .....

### 2. Angaben zur Mentorin / zum Mentor

Name ..... Vorname: .....

Adresse / PLZ Ort .....

E-Mail .....

Telefon .....

Bestätigung der OdA AM über Akkreditierung als Mentor/in Beleg-Nr. ....

### 3. Beilagen

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. ....

Zertifikat der Organisation der Arbeitswelt Alternativmedizin (OdA AM) Beleg-Nr. ....

Bitte legen Sie einen tabellarischen Lebenslauf bei

Beleg-Nr. ....

**4. Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit**

Im Kanton Obwalden tätig seit .....

Wurde Ihnen von einem Kanton/Staat die Berufsausübungsbewilligung verweigert oder läuft aktuell ein Verfahren diesbezüglich?  Ja  Nein

Wenn ja, wo? .....

**5. Angaben zur geplanten Praxistätigkeit**

Neueröffnung .....

Praxisübernahme von .....

Gemeinschaftspraxis mit .....

Angestellt bei.....

Adresse .....PLZ/Ort.....

Telefon .....E-Mail .....

Tätigkeitsaufnahme ab .....Pensum in Prozent.....

Nachweis Berufshaftpflichtversicherung Beleg-Nr. ....

Haben Sie einen Handelsregistereintrag?  Ja  Nein

Wenn ja, bitte Kopie des Handelsregisterauszuges 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, 6060 Sarnen  
Telefon 041 666 64 58, Mail: gesundheitsamt@ow.ch

## Checkliste der Beilagen

### Personalien

Strafregisterauszug	Original
Aufenthaltsbewilligung	Kopie
Bestätigung Mentorat	Kopie

### Ausbildung

Diplom bzw. Fähigkeitsausweis	Kopie
Eidgenössische Anerkennung	Kopie
Weitere berufliche Qualifikation	Kopie

### Lebenslauf

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

### Angaben zur geplanten Praxistätigkeit

Berufshaftpflichtversicherung	Kopie
Handelsregisterauszug	Kopie