



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.

Eidgenössischer Facharztstitel oder Anerkennung durch Bundesamt für Gesundheit BAG

Ort / Ausstellungsdatum Beleg-Nr.

2.3 Assistenzstelle

Datum der Tätigkeitsaufnahme

Enddatum (falls bekannt)

Arbeitspensum in Prozent

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

Die Unterzeichneten bestätigen, alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift (verantwortliche Arzt- Zahnarztperson)

.....

Ort, Datum

Unterschrift (Assistenz)

.....

Die Gesuchsunterlagen sind unterschrieben per Post einzureichen an:

Gesundheitsamt Obwalden, St. Antonistrasse 4, Postfach 1243, 6061 Sarnen,
Telefon 041 666 64 58, Fax 041 666 61 15, Mail: gesundheitsamt@ow.ch