



Bewilligungen  
Malzgasse 30  
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 95 26  
E-Mail: [bewilligungen-bs@hin.ch](mailto:bewilligungen-bs@hin.ch)  
[www.bs.ch/md](http://www.bs.ch/md)

## **Gesuch um Einschränkung der Bewilligung «Seniorenpraxisbewilligung» als Optometristin/ Optometrist**

### **Personalien**

GLN

UID

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht m w

Staatsangehörigkeit

Bürgerort / Kanton  
(bei Ausländern: Geburtsort/-land)

Zivilstand

### **Wohnadresse (ist zwingend im Kanton Basel-Stadt erforderlich)**

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

Telefon

Mobil

Mailadresse

### **Sprachen**

Deutsch

Französisch

Italienisch

Englisch

weitere

**Adresse des Augenoptikergeschäftes** ⚠ **muss zwingend angegeben werden**

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

Mailadresse

---

**Praxisdaten** ⚠

Verbindliches Datum der Tätigkeitsaufnahme der Seniorenpraxisbewilligung

---

**Aufgrund des Territorialitätsprinzips können nur «Seniorenpraxisbewilligungen» für Personen mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt erteilt werden.** Bei Zuwanderung mit «Seniorenpraxisbewilligung» des Herkunftskantons kann gestützt auf das Binnenmarktgesetz eine «Seniorenpraxisbewilligung» des Kantons Basel-Stadt erteilt werden.

**Wichtige Informationen zur Einschränkung der Bewilligung:**

Die Erteilung einer «Seniorenpraxisbewilligung» ist altersunabhängig.

- **Eingabefrist:** Spätestens zwei Monate vor dem 70. Geburtstag bzw. zwei Monate vor Ablauf der Bewilligung.
  - **Gebühr:** CHF 200.00 (einmalig).
- 

Die/der Unterzeichnete bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass die eingeforderten und gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort und Datum

Stempel/Unterschrift