



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)

## Meldung für eine Bestätigung zur unselbstständigen Berufsausübung als Assistenz im Bereich der Logopädie

### Personalien

GLN UID  
Name  
Vorname  
Geburtsdatum Geschlecht m w  
Staatsangehörigkeit  
Bürgerort/Kanton Zivilstand  
(bei Ausländern: Geburtsort/-land)

---

### Wohnadresse

Strasse Nr.  
Postleitzahl Ort  
Land  
Telefon Mobil  
Mailadresse

---

**Sprachen** Deutsch Französisch Italienisch Englisch  
weitere

---

### Daten zur Praxis/ambulanten Einrichtung

Name der Praxis

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

Mailadresse

Website

Leiter/in Ausbildungsstätte

---

**Praxisdaten**  **muss zwingend angegeben werden**

Beginn der Assistenztätigkeit von

---

### Beschäftigungsgrad des Gesuchstellers

Pensum

---

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

Ort und Datum

Stempel/Unterschrift

Leiterin/Leiter

---

Ort und Datum

Unterschrift Assistenz

---

## Beilagen\* zur Meldung zur unselbstständigen Berufsausübung als Assistenz im Bereich der Logopädie

Name

Vorname

Ausländisches Diplom und zusätzlich

**Anerkennungsbestätigung** des ausländischen Diploms (Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren EDK, Speichergasse 6, Postfach, 3001 Bern) <https://www.edk.ch>

Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister (Schweizerisches Strafregister, Dienst für Auszüge an Privatpersonen, Bundesrain 20, 3003 Bern); online unter [https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/privatauszug\\_de](https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/privatauszug_de)  
im Original, nicht älter als 6 Monate

bei Zuzug aus dem Ausland benötigen wir zusätzlich das Führungszeugnis des Herkunftslandes im Original, nicht älter als 6 Monate  
**(nur falls noch keine 10 Jahre in der Schweiz wohnhaft)**

Arbeits- und/oder Aufenthaltsbewilligung/Grenzgängerbestätigung

**Die ausbildende Logopädin /der ausbildende Logopäde ist verpflichtet, die Assistenz in die bestehende Haftpflichtversicherung aufzunehmen**

### Sprachkenntnisse

Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens über das Niveau B2 der **deutschen Sprache** verfüge.

ja    nein

### Auf Verlangen\* einzureichen

Ausweis über ausreichende Sprachkenntnisse in Deutsch

Arztzeugnis über den Gesundheitszustand im Original, aktuell

\* Auf Verlangen ist das Originaldokument oder eine beglaubigte Abschrift einzureichen. Urkunden, die nicht in deutscher Sprache abgefasst sind, ist eine amtlich beglaubigte Übersetzung beizulegen.