



Bewilligungen  
Malzgasse 30  
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 95 26  
E-Mail: bewilligungen-bs@hin.ch  
www.bs.ch/md

## **Gesuch um Einschränkung der Bewilligung «Seniorenpraxisbewilligung» als Dentalhygienikerin/ Dentalhygieniker**

### **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	

<b>Sprachen</b>	Deutsch	Französisch	Italienisch	Englisch
weitere				

**Ehemalige Praxisadresse  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 Binnenmarktgesezt 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 Unterzeichnende bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass die eingeforderten und gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort und Datum

Stempel/Unterschrift