



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 einer fachlichen Leiterin/eines fachlichen Leiters zum Führen einer Praxis für medizinische Massage (Betriebsbewilligung)**

### **Angaben zum Betrieb**

Rechtsform

---

### **Daten zum Eigentümer (gemäss HR-Auszug)**

Name des Eigentümers

Sitz

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

---

### **Daten zur Praxis/ambulanten Einrichtung**

Name der Praxis

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

Ev. Praxiszusatzbezeichnung

Telefon

Mobil

Mailadresse

Website

---

### Angaben zur fachlichen Leiterin/zum fachlichen Leiter des Betriebs

Falls die fachliche Leitung aus mehreren Fachpersonen besteht, müssen nachfolgende Angaben jeweils für jedes Mitglied ausgefüllt werden. Für die fachliche Leitung ist zudem eine Berufsausübungsbewilligung notwendig.

#### Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht m      w

Staatsangehörigkeit

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

Zivilstand

#### Wohnadresse

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

Telefon

Mobil

Mailadresse

#### Sprachen

Deutsch

Französisch

Italienisch

Englisch

weitere

#### Praxisdaten

Verbindliches Datum der Tätigkeitsaufnahme

#### Beschäftigungsgrad

Pensum

## Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

1. Verfügen Sie schon über eine Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung als medizinische Masseurin/medizinischer Masseur?

Berufsausübung in einem oder mehreren anderen Kanton(en)/Land/Ländern?      ja      nein

Kanton/e

Land/Länder

---

2. Wurde Ihnen in einem anderen Kanton/Land die Bewilligung eingeschränkt, verweigert oder entzogen?      ja      nein

 Falls ja, bitte auf separatem Blatt erläutern

---

3. Haben Sie bis zu diesem Datum schon in einem anderen Kanton/Land ein Gesuch um Erteilung einer Bewilligung gestellt, ohne dass es zu einer Bewilligungserteilung gekommen ist?      ja      nein
- 

4. Laufen Verfahren gegen Sie in einem anderen Kanton/Land (Aufsichtsrechtliche Verfahren, Strafverfahren, Haftpflicht- oder Zivilverfahren) in Bezug auf die berufliche Tätigkeit?      ja      nein

 Falls ja, bitte auf separatem Blatt erläutern

---

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

Ort und Datum

Stempel/Unterschrift