



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 Ärztin/Arzt**

### **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

Telefon

Mobil

Mailadresse

**Sprachen**

Deutsch

Französisch

Italienisch

Englisch

weitere

**Ehemalige Praxisdaten** ⚠️ **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 350.00 (einmalig).
- 

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

Ort und Datum

Stempel/Unterschrift