



## **Medizinische Dienste**

#### ► Bewilligungen und Recht

Bewilligungen  
Malzgasse 30  
CH-4001 Basel

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

# **Gesuch um Erteilung einer Betriebsbewilligung zur Ausübung von medizinischen Ferndienstleistungen**

## Angaben zum Betrieb

## Rechtsform

## Daten zum Eigentümer (gemäss HR-Auszug)

Name des  
Eigentümers

Sitz

## Strasse

Nr

## Postleitzahl

Ort

I and

Daten zum Betrieb für medizinische Ferndienstleistungen

Name \_\_\_\_\_

Strasse

Nr.

## Postleitzahl

Ort

Land

## **EV. Praxiszusatzbezeichnung**

## Telefon

Mobil

#### Mailadresse

Web

Verbindliches Datum der Praxiseröffnung/Tätigkeitsaufnahme

**Geplante Öffnungszeiten**

**Montag**

Vormittag von – bis \_\_\_\_\_ Nachmittag von – bis \_\_\_\_\_

---

**Dienstag**

Vormittag von – bis \_\_\_\_\_ Nachmittag von – bis \_\_\_\_\_

---

**Mittwoch**

Vormittag von – bis \_\_\_\_\_ Nachmittag von – bis \_\_\_\_\_

---

**Donnerstag**

Vormittag von – bis \_\_\_\_\_ Nachmittag von – bis \_\_\_\_\_

---

**Freitag**

Vormittag von – bis \_\_\_\_\_ Nachmittag von – bis \_\_\_\_\_

---

**Samstag**

Vormittag von – bis \_\_\_\_\_ Nachmittag von – bis \_\_\_\_\_

---

**Sonntag**

Vormittag von – bis \_\_\_\_\_ Nachmittag von – bis \_\_\_\_\_

---

**vom Betrieb unterschriftsberechtigte Person/en**

Ort und Datum

Stempel/Unterschrift

**Beilagen zum Gesuch für eine Betriebsbewilligung zur Ausübung von medizinischen Ferndienstleistungen**

---

Nachweis, Offerte oder Deckungszusage einer Berufshaftpflichtversicherung

---

Nachweis eines angemessenen Qualitätssicherungssystems

---

Beschreibung der Räumlichkeiten, Einrichtungen und Ausrüstungen der Praxis/des Betriebs

---

Kopie des Handelsregisterauszugs

---

Betriebskonzept, aus dem Führungsorganisation, Verantwortlichkeiten sowie die medizinischen oder fachlichen Zielsetzungen hervorgehen

---

Stellenplan, der die Personalsituation mit Beschäftigungsgrad aufzeigt, unterteilt in medizinisches Fachpersonal und nicht ärztliches Fachpersonal

Während den Öffnungszeiten der Praxis oder des Betriebs ist die Bewilligungsinhaberin oder der Bewilligungsinhaber oder mindestens ein Mitglied der medizinischen Leitung des Betriebs oder eine Stellvertretung in der Regel anwesend.

**Angaben zur/m medizinischen oder fachlichen Leiterin oder Leiter des Betriebs**

Falls die medizinische oder fachliche Leitung aus mehreren Fachpersonen besteht, müssen nachfolgende Angaben jeweils für jedes Mitglied ausgefüllt und die entsprechenden Urkunden beigelegt werden. Urkunden benötigen wir nur, wenn noch kein Bewilligungsdossier für den Kanton Basel-Stadt vorliegt.

**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

**Weitere akademische Titel (z.B. Habilitationsschrift, Professur)**

ja      nein

Bezeichnung

Abkürzung  
(z.B. Prof. etc.)

Ort

Land

---

**Beschäftigungsgrad**

Pensum

---

**Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit**

1. Verfügen Sie schon über eine Bewilligung zur privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung als Ärztin/Arzt  
Berufsausübung in einem oder mehreren anderen Kanton(en)/Land/Länder)?    ja      nein

Kanton/e

Land/Länder

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

 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?

 Falls ja, bitte auf separatem Blatt erläutern

ja      nein

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

Ort und Datum

Stempel/Unterschrift



**Beilagen\* zum Gesuch zur/m medizinischen oder fachlichen Leiterin oder Leiter des Betriebs für medizinische Ferndienstleistungen**

Name Vorname

Eidgenössisches Arztdiplom

Ausländisches Arztdiplom (Approbation) und zusätzlich

Anerkennungsbestätigung des ausländischen Arztdiploms  
(Bundesamt für Gesundheit, MEBEKO Ressort Ausbildung, MEBEKO-Weiterbildung@bag.admin.ch)  
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/berufe-im-gesundheitswesen/auslaendische-abschluesse-gesundheitsberufe.html>

Eidgenössischer Weiterbildungstitel

Ausländische Urkunde des Weiterbildungstitels und zusätzlich

Anerkennungsbestätigung des ausländischen Weiterbildungstitels (Bundesamt für Gesundheit, MEBEKO Ressort Ausbildung, MEBEKO-Weiterbildung@bag.admin.ch)  
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/berufe-im-gesundheitswesen/auslaendische-abschluesse-gesundheitsberufe.html>

Doktordiplom (falls vorhanden)

Weitere akademische Titel (z.B. Habilitationsschrift, Professur)

Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister (Schweizerisches Strafregister, Dienst für Auszüge an Privatpersonen, Bundesrain 20, 3003 Bern; online unter <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/publiservice/service/strafregister.html>),  
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)**

## Weitere Beilagen

Berufsausübungsbewilligung(en) eines od. mehrerer anderer Kantone/Länder

---

Bei früherer privatwirtschaftlicher Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung in einem od. mehreren anderen Kanton(en)/Land/Länder):

Unbedenklichkeitserklärung (Certificate of Good Standing) der zuständigen Gesundheitsbehörde im Original

---

Arbeits- und/oder Aufenthaltsbewilligung/Grenzgängerbestätigung

## 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.