



## Medizinische Dienste

### ► Bewilligungen und Recht

Bewilligungen  
Malzgasse 30  
CH-4001 Basel

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

## Meldung einer Praktikantin/eines Praktikanten in einer Arztpraxis oder ambulante Einrichtung für Ärztinnen und Ärzte

### Praxis oder Ambulante Einrichtung für Ärztinnen/Ärzte

Fachliche Leitung  
(Name der verantwortl. Pers.)

Name der Praxis  
(Ambulante Einrichtung)

Strasse	Nr.
Postleitzahl	Ort
Eigentümer	
Telefon	Mobil
Mailadresse	Website

### Die Beschäftigung als Praktikantin/Praktikant erfolgt:

befristet, für die Zeit von: bis

### Personalien Praktikantin/Praktikant

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht m w

Staatsangehörigkeit

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

Zivilstand

**Wohnadresse Praktikantin/Praktikant**

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

**Sprachen**

Deutsch

Französisch

Italienisch

Englisch

weitere

**Angaben zur bisherigen Tätigkeiten**

Haben Sie bereits ein Praktikum absolviert?

ja      nein

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

Ort und Datum

Stempel/Unterschrift  
fachliche Leitung

Ort und Datum

Unterschrift des  
Praktikanten