



Bewilligungen  
Malzgasse 30  
CH-4001 Basel

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

## **Meldung für eine Bestätigung zur unselbstständigen Berufsausübung als Assistenz im Bereich der Ernährungsberatung**

### **Personalien**

GLN

UID

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

### Daten zur Praxis/ambulanten Einrichtung

Name der Praxis

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

Mailadresse

Website

Leiter/in Ausbildungsstätte

---

**Praxisdaten**  **muss zwingend angegeben werden**

Beginn der Assistenztätigkeit von

---

### Beschäftigungsgrad des Gesuchstellers

Pensum

---

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

Ort und Datum

Stempel/Unterschrift

Leiterin/Leiter

---

Ort und Datum

Unterschrift Assistenz

---

**Beilagen\* zur Meldung zur unselbstständigen Berufsausübung als Assistenz im Bereich der Ernährungsberatung**

Name

Vorname

Ausländisches Diplom und zusätzlich

**Anerkennungsbestätigung** des ausländischen Diploms **oder Teilentscheid SRK**  
(Schweizerisches Rotes Kreuz, Gesundheitsberufe, Werkstrasse 18, 3084 Wabern)  
<https://www.redcross.ch>

Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister (Schweizerisches Strafregister, Dienst für Auszüge an Privatpersonen, Bundesrain 20, 3003 Bern); online unter  
[https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/privatauszug\\_de](https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/privatauszug_de)  
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)**

Arbeits- und/oder Aufenthaltsbewilligung/Grenzgängerbestätigung

**Die ausbildende Ernährungsberaterin/der ausbildende Ernährungsberater ist verpflichtet, die Assistenz in die bestehende Haftpflichtversicherung aufzunehmen**

**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.