



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)

## **Gesuch um Verlängerung der Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung um 2 Jahre als Ärztin/Arzt**

### **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

## Praxisadresse

Name der Praxis

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

Mailadresse

---

## Wichtige Informationen zur Verlängerung der Bewilligung:

- **Eingabefrist:** Spätestens zwei Monate vor dem 70. Geburtstag bzw. zwei Monate vor Ablauf der Bewilligung.
  - **Ärztliches Zeugnis:** Dem Gesuch ist ein ärztliches Zeugnis beizulegen, welches bestätigt, dass die Bewilligungsinhaberin/der Bewilligungsinhaber physisch und psychisch weiterhin zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung fähig ist. **Das ärztliche Zeugnis finden Sie auch auf der Homepage.**
  - **Berufshaftpflichtversicherung:** Dem Gesuch ist ebenfalls eine Kopie einer gültigen Berufshaftpflichtversicherung beizulegen.
  - **Verlängerungsfrist:** Um jeweils zwei Jahre.
- 

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

Ort und Datum

Stempel/Unterschrift

## Beilage

- Ärztliches Zeugnis
- Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung