

**Medizinische Dienste**► **Kantonszahnärztlicher Dienst****90-Tage-Dienstleistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 Medizinalberufegesetz (MedBG [SR 811.11]): Meldeformular Zahnärztin / Zahnarzt**

Bitte reichen Sie dieses Formular zur Meldung der Ausübung des Zahnarztberufes im Kanton Basel-Stadt während **maximal 90 Tagen pro Kalenderjahr** zusammen mit den erforderlichen Belegen dem kantonszahnärztlichen Dienst, Malzgasse 30, 4001 Basel ein. Für telefonische Auskünfte wenden Sie sich bitte an die Telefonnummer +41 61 267 95 31. Die Belege können als Kopien eingereicht werden (Ausnahmen: vgl. Fussnote 4 und 6). Bitte nummerieren Sie die Belege und tragen Sie die Nummern im Meldeformular in der Rubrik „Beleg-Nr.“ ein.

Personalien		Beleg-Nr.
Name / Vorname / Geburtsdatum ¹		1
Adresse / Nationalität		
Telefon / E-Mail		
Qualifikationen		Beleg-Nr.
Diplom als Zahnärztin / Zahnarzt – Dokortitel und weitere akademische Titel ²		2
Weiterbildungstitel ³		3
Leumundszeugnis ⁴		4
Curriculum Vitae / Lebenslauf	Bitte legen Sie eine Übersicht über Ihren beruflichen Werdegang bei.	
Angaben zur Praxis		
Genauere Adresse des Ortes, an dem Sie Ihre zahnärztliche Tätigkeit in der Regel ausüben (Herkunftsland)		
Genauere Adresse des Ortes im Kanton Basel-Stadt, an dem Sie zahnärztliche Dienstleistungen erbringen möchten		
Weitere Angaben		Beleg-Nr.
Dauer Ihrer Tätigkeit im Kanton Basel- Stadt (genaue Daten)		
Certificate of good standing (Herkunftsland) ⁵	Bei selbstständig Tätigen: von der Aufsichtsbehörde	5
Berufsausübungsbewilligung eines anderen Kantons / Staates ⁶		6
Gesuch schon in anderem Kanton gestellt, aber Bestätigung verweigert	Ja Begründung Nein	
Physisch und psychisch gesund	Ja Begründung Nein	
Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der obigen Angaben sowie die Kenntnisnahme, dass Sie:		
- die zahnärztliche Tätigkeit erst dann ausüben dürfen, wenn das Gesundheitsdepartement die Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen bestätigt hat und die Meldung im Register eingetragen ist (Art. 35 Abs. 3 MedBG);		
- nicht befugt sind, zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig zu werden und die von Ihnen behandelten Patientinnen und Patienten auf diesen Umstand hinweisen.		
Ort, Datum	Unterschrift	

1 Fotokopien: Pass oder Identitätskarte

2 Eidgenössisches oder ausländisches Diplom mit Anerkennungsbestätigung der Medizinalberufekommission MEBEKO (Bundesamt für Gesundheit, MEBEKO, 3003 Bern, Tel. 031 322 94 83, Fax 031 323 00 09, <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/00406/00549/index.html?lang=de>)

3 Eidgenössischer oder ausländischer Weiterbildungstitel mit Anerkennungsbestätigung der MEBEKO (vgl. Fussnote 2)

4 Strafregisterauszug (Bundesrain 20, 3003 Bern, http://www.ofj.admin.ch/bj/de/home/themen/staat_und_buerger/strafregister.html) oder Leumundszeugnis des Aufenthaltsstaates (im Original, maximal drei Monate alt)

5 Certificate of good standing = Unbedenklichkeitserklärung (im Original, maximal drei Monate alt)

6 Berufsausübungsbewilligung des anderen Kantons / der anderen Kantone / anderer Staaten