



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 Assistenzärztin/Assistenzarzt

Die Gebühr beträgt CHF 100.00

Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht m w

Staatsangehörigkeit

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

Zivilstand

vorauss. Facharzttitel

Wohnadresse

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

Telefon

Mobil

Mailadresse

Sprachen

Deutsch

Französisch

Italienisch

Englisch

weitere

Nachweis akademischer Titel (Doktorat o.ä.)

ja nein

Bezeichnung

Abkürzung
(z.B. Dr. med. etc.)

Ort

Land

Daten zur Praxis/ambulanten Einrichtung

Name der Praxis

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

Mailadresse

Website

Leiter/in Ausbildungsstätte

Facharzttitel Leiter/in

Praxisdaten 

Verbindliches Datum der Tätigkeitsaufnahme

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 Assistenzärztin/
Assistenzarzt**

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.html>

Doktordiplom (falls vorhanden)

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
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

Anerkennung der Praxis/des Arztes als Weiterbildungsstelle der FMH
(<https://www.fmh.ch/bildung-siwf.html>)

**Die ausbildende Ärztin/der ausbildende Arzt 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.