



Gesuch um Erteilung einer Stellvertreterbewilligung

Arzt / Ärztin

.....

Bitte reichen Sie dieses Formular zusammen mit den erforderlichen Beilagen an untenstehende Adresse ein. Die Beilagen können als Kopien eingereicht werden, soweit nicht ausdrücklich ein Original verlangt wird.

Bitte nummerieren Sie die Beilagen und tragen Sie die Nummern in der dafür vorgesehenen Spalte ein. (Beleg-Nr.)

1. Angaben des Praxisinhabers / der Praxisinhaberin

Name

Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Praxisgemeinschaft mit

2. Angaben zur Stellvertretung

Arbeitsbeginn Enddatum

Arbeitspensum %

Grund

Bei Praxisgemeinschaft:

Wer wird vertreten?

Nachweis Berufshaftpflichtversicherung

Beleg-Nr.

3. Personalien der Stellvertretung

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

4. Ausbildung

Eidgenössisches Diplom oder Anerkennung

Ort / Ausstellungsdatum Beleg-Nr.

Doktorat

Universität / Ausstellungsdatum Beleg-Nr.

Eidgenössischer Facharztstitel oder Anerkennung

Ort / Ausstellungsdatum Beleg-Nr.

5. Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

Im Kanton Obwalden tätig seit

Verfügen Sie bereits eine Bewilligung in einem anderen Kanton? Ja Nein

Wenn ja, wo? Ausstellungsdatum

Wenn ja, Unbedenklichkeitsbescheinigung beilegen Beleg-Nr.

Wenn bereits eine Berufsausübungsbewilligung in einem anderen Kanton oder einem anderen Staat vorhanden ist, ist eine Unbedenklichkeitsbescheinigung der zuständigen Aufsichtsbehörde im Original einzureichen (maximal **drei Monate** alt)

Wenn nein, Leumundszeugnis der Wohngemeinde oder Handlungsfähigkeitszeugnis im Original beilegen. Beleg-Nr.

Wurde Ihnen von einem Kanton/Staat die Berufsausübungsbewilligung verweigert, entzogen oder läuft aktuell ein Verfahren diesbezüglich? Ja Nein

Wenn ja, wo?

Wenn ja, Begründung oder entsprechende Verfügung beilegen. Beleg-Nr.

6. Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Wollen Sie im Kanton Obwalden zulasten der obligatorischen Krankenversicherung tätig sein?

Wenn ja, reichen Sie bitte zusätzlich das Formular KVG Zulassung Ärzte ein. Ja Nein

7. Bemerkungen

.....
.....

Der / die Unterzeichnete bestätigt, alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift

.....

Die Gesuchsunterlagen sind unterschrieben per Post einzureichen an:

Gesundheitsamt Obwalden, St. Antonistrasse 4, 6060 Sarnen
Telefon 041 666 64 58, Mail: gesundheitsamt@ow.ch

Checkliste der Beilagen

Angaben zur Stellvertretung

Berufshaftpflichtversicherung

Kopie

Ausbildung

Diplom

Kopie

Anerkennung in der Schweiz

Kopie

Doktorat

Kopie

Facharzttitel

Kopie

Anerkennung in der Schweiz

Kopie

Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

Unbedenklichkeitsbescheinigung

Original

Leumundszeugnis oder Handlungsfähigkeitszeugnis

Original