



## Meldung zur selbstständigen Berufsausübung als Medizinalperson 90 Tage-Dienstleister

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. Personalien

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Heimatort / Heimatstaat .....

Adresse .....

PLZ/Ort .....

Telefon .....

E-Mail .....

### 2. Ständige Praxis

Name .....

Adresse .....

PLZ/Ort .....

Telefon .....

E-Mail .....

Nachweis Berufshaftpflichtversicherung

Beleg-Nr. ....

### Auf Verlangen einzureichen

Ausweis über ausreichende Sprachkenntnisse in Deutsch (mindestens Niveau C1)

**3. Zeitlich begrenzte selbstständige Tätigkeit im Kanton Obwalden  
(maximal 90 Tage pro Kalenderjahr)**

Von	.....	Bis
	.....	
Von	.....	Bis
	.....	
Von	.....	Bis
	.....	

Adresse, an der die Tätigkeit ausgeübt wird

.....  
.....

Praxisinhaber vor Ort

.....

**4. Ausbildung**

Eidgenössisches Diplom oder Anerkennung durch Bundesamt für Gesundheit BAG

Ort / Ausstellungsdatum ..... Beleg-Nr. ....

Doktorat

Universität / Ausstellungsdatum ..... Beleg-Nr. ....

Eidgenössischer Facharzttitle oder Anerkennung durch Bundesamt für Gesundheit BAG

Ort / Ausstellungsdatum ..... Beleg-Nr. ....

**5. Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit**

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 Aussichtsbehörde 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](mailto:gesundheitsamt@ow.ch)

## Checkliste der Beilagen

### **Ständige Praxis**

Berufshaftpflichtversicherung Kopie

### **Ausbildung**

Diplom Kopie

Eidgenössische Anerkennung Kopie

Doktorat Kopie

Facharzttitle Kopie

Eidgenössische Anerkennung Kopie

### **Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit**

Unbedenklichkeitsbescheinigung Original

Leumundszeugnis oder Handlungsfähigkeitszeugnis Original