



## Gesuch um Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung

### Logopädie EDK Diplom

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 .....

Original des Strafregisterauszugs beilegen Beleg-Nr. ....  
Maximal **drei Monate** alt, bei ehemaligem oder aktuellem Wohnsitz im Ausland sind Strafregisterauszüge der Aufenthaltsstaaten der letzten fünf Jahre im **Original** beizulegen.

Für Ausländer gilt, eine Kopie der Aufenthaltsbewilligung beizulegen Beleg-Nr. ....

#### Auf Verlangen einzureichen

Ausweis über auszureichende Sprachkenntnisse in Deutsch (mindestens Niveau B2)

#### 2. Ausbildung

Diplom oder eidgenössische Anerkennung

Ausstellungsdatum ..... Beleg-Nr. ....

Weitere berufliche Qualifikation

Ausstellungsdatum ..... Beleg-Nr. ....

Ausbildungsabschluss oder eidgenössische Anerkennung muss vor dem Einholen der Bewilligung im Gesundheitsberuferegister GesReb oder im Nationalen Register der Gesundheitsberufe NAREG eingetragen sein.

#### 3. Lebenslauf

Bitte legen Sie einen tabellarischen Lebenslauf bei Beleg-Nr. ....

**4. 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 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. ....

**5. Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung**

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

Wenn ja, reichen Sie bitte das Formular für die KVG Zulassung medizinische Fachperson ein.

**6. Angaben zur geplanten Praxistätigkeit**

Neueröffnung .....

Praxisübernahme von .....

Gemeinschaftspraxis mit .....

Angestellt bei .....

Adresse .....

PLZ/Ort .....

Telefon / Fax .....

E-Mail .....

Homepage .....

Datum der Tätigkeitsaufnahme .....

Arbeitspensum in Prozent .....

Nachweis Berufshaftpflichtversicherung Beleg-Nr. ....

Haben Sie einen Handelsregistereintrag?

Ja     Nein

Wenn ja, bitte Kopie des Handelsregisterauszuges beilegen

Beleg-Nr. ....

**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

### Personalien

Strafregisterauszug	Original
Aufenthaltsbewilligung	Kopie

### Ausbildung

Diplom bzw. Fähigkeitsausweis	Kopie
Eidgenössische Anerkennung	Kopie
Weitere berufliche Qualifikation	Kopie

### Lebenslauf

Tabellarischer Lebenslauf	Kopie
---------------------------	-------

### Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

Unbedenklichkeitsbescheinigung	Original
Leumundszeugnis oder Handlungsfähigkeitszeugnis	Original

### Angaben zur geplanten Praxistätigkeit

Berufshaftpflichtversicherung	Kopie
Handelsregisterauszug	Kopie

### Zulassung zur KVG-Abrechnung

Formular KVG Zulassung medizinische Fachperson	Original
--	----------