



Gesuch um Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung

Podologie HF

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

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
--	----------