



## Gesuch Betriebsbewilligung

### Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen

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.)

- Neueröffnung des Betriebes       Änderung der fachlich verantwortlichen Person
- Änderung des Standortes       sonstige Änderung .....

#### 1. Angaben des Betriebes

Betriebsname .....

Adresse .....

PLZ/Ort .....

Telefon .....

E-Mail .....

Homepage .....

Bitte legen Sie den Nachweis der Betriebshaftpflicht bei.      Beleg-Nr. ....

Haben Sie einen Handelsregisterauszug?       Ja       Nein

Wenn ja, bitte Kopie des Handelsregisterauszuges beilegen.      Beleg-Nr. ....

Bitte legen Sie den Nachweis eines Qualitätsmanagements bei.      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. ....

Beantragen Sie eine Privatapotheke in der Arztpraxis       Ja       Nein

**2. Angaben zur fachlich verantwortlichen Person (bisherige)**

nur bei Änderung der fachlich verantwortlichen Person auszufüllen

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Adresse .....

PLZ/Ort .....

Telefon .....

E-Mail .....

**3. Angaben zur fachlich verantwortlichen Person (neu)**

nur bei Neueröffnung oder Änderung der fachlich verantwortlichen Person auszufüllen

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Adresse .....

PLZ/Ort .....

Telefon .....

E-Mail .....

Arbeitspensum (%) .....

Bitte legen Sie die Berufsausübungsbewilligung für den Kanton Obwalden bei.

Beleg-Nr. ....

Falls Sie über keine Berufsausübungsbewilligung verfügen, füllen Sie zusätzlich unser Formular „Gesuch selbstständige Ausübung allgemeiner Gesundheitsberufe“ oder „Gesuch selbstständige Ausübung universitärer Medizinalberufe“ aus.

**4. Angaben zur Stellvertretung der fachlich verantwortlichen Person**

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Adresse .....

PLZ/Ort .....

Telefon .....

E-Mail .....

Arbeitspensum (%) .....

Bitte legen Sie die Berufsausübungsbewilligung für den Kanton Obwalden bei.

Beleg-Nr. ....

Falls Sie über keine Berufsausübungsbewilligung verfügen, füllen Sie zusätzlich unser Formular „Gesuch selbstständige Ausübung allgemeiner Gesundheitsberufe“ oder „Gesuch selbstständige Ausübung universitärer Medizinalberufe“ aus.

**5. Weiteres Fachpersonal**

Auflistung Fachpersonal	Anzahl Personen	Pensen (Stellenprozente)
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Bitte legen Sie eine Kopie des Organigramms bei.

Beleg-Nr. ....

**6. Infrastruktur**

Bitte legen Sie die Pläne der Räumlichkeiten und Einrichtungen unter Abgaben der beabsichtigten Nutzung bei.

Beleg-Nr. ....

**7. 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 ärztliche Einrichtung ein.

Ja

Nein

**8. 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

### Angaben des Betriebes

Nachweis der Betriebshaftpflicht	Kopie
Handelsregisterauszug	Kopie
Nachweis Qualitätsmanagements	Kopie

### Angaben zur fachlich verantwortlichen Person (neu)

Berufsausübungsbewilligung	Kopie
----------------------------	-------

### Angaben zur Stellvertretung der fachlich verantwortlichen Person

Berufsausübungsbewilligung	Kopie
----------------------------	-------

### Weiteres Fachpersonal

Organigramm	Kopie
-------------	-------

### Infrastruktur

Pläne der Räumlichkeiten / Einrichtung	Kopie
--	-------