Gesundheitsamt Graubünden
Uffizi da sanadad dal Grischun
Ufficio dell'igiene pubblica dei Grigioni

7001 Chur, Hofgraben 5, Telefon 081 257 26 48, www.gesundheitsamt.gr.ch

GESUCH UM BEWILLIGUNG ZUR BERUFSAUSÜBUNG ALS

☐ Arzt/Ärztin ☐ Zahnarzt/-ärztin ☐ Apotheker/-in ☐ Chiropraktor/-in

- Kreuzen Sie die gewünschte Berufsausübungsbewilligung an **und** füllen Sie das Gesuch **vollständig** aus.
- Prüfen Sie, ob Sie alle **Belege vollständig** zusammengetragen haben.
- Nummerieren Sie die Belege und tragen Sie die Nummern unter der Rubrik „Beleg-Nr." ein. Unterlagen im A4 Format, ohne Klammern/Heftung.
- Unterzeichnen Sie das Gesuchsformular und reichen Sie es im Original zusammen mit allen Belegen spätestens 2 Wochen (jedoch nicht früher als 3 Monate) vor Tätigkeitsaufnahme dem Gesundheitsamt per Post ein (Adresse siehe Briefkopf).

Beachten Sie:
- Fremdsprachige Dokumente sind in einer Landessprache oder in Englisch übersetzt und beglaubigt einzureichen.
- Wiederholte Aufforderungen von ausstehenden Unterlagen sind gebührenpflichtig.
- Ist ein Gesuch nicht vollständig eingereicht, führt dies zu zeitlicher Verzögerung der Gesuchsprüfung.
- Die Prüfung des Gesuchs ist gebührenpflichtig (nach Aufwand).
- Die Berufsausübung ohne Berufsausübungsbewilligung ist nicht zulässig und wird rechtlich verfolgt.

Personalien		Beleg-Nr.
Name, Vorname		
Strasse		
PLZ, Ort		
Telefonnummer		
e-mail		
Geburtsdatum		
Nationalität, Heimatort [1)]		

Angaben zur Tätigkeit (Praxis / Spital / Apotheke)		Beleg-Nr.
Wo werden Sie Ihre Tätigkeit ausüben?	☐ in einer öffentlichen Institution (z.B. Anstellung in Spital) [2)] ☐ in einer Privatklinik [2)] ☐ in eigener Praxis oder Praxisgemeinschaft [2)] ☐ in einer öffentlichen Apotheke [2)] ☐ anderes: Adresse [3)]	
Rechtsform des Betriebs [4)]		
Wann nehmen Sie die Tätigkeit auf?		

Fachliche Qualifikationen	Bitte Bezeichnung, ausstellende Institution und Ausstellungsdatum angeben	Beleg-Nr.
Diplom [5)]		
Doktortitel und weitere akademische Titel	Falls vorhanden, ist eine Kopie der Bestätigung der Universität, dass der Titel verliehen wurde, beizulegen. Ohne entsprechende Dokumente werden in der weiteren Korrespondenz keine akademischen Titel verwendet.	
Weiterbildungstitel [6)]		
Curriculum vitae	**Aktueller, tabellarischer, lückenloser** Lebenslauf beilegen	

Persönliche Voraussetzungen		Beleg-Nr.
Sind Sie bevormundet / verbeiständet?	☐ Nein ☐ Ja, Name und Adresse des Vormundes/Beistandes:	
Leiden Sie unter physischen oder psychischen Beschwerden?	☐ Nein ☐ Ja. Welche?	
Strafregisterauszug [7)]	ausländische Auszüge **im Original** einreichen	
Haben Sie eine Bewilligung zur Berufsausübung in einem anderen Kanton/Staat?	☐ Nein ☐ Ja [8)] in welchem Kanton/Staat?	
Haben Sie aktuell in einem anderen Kanton /Staat ein Gesuch um Bewilligung hängig?	☐ Nein ☐ Ja in welchem Kanton/Staat?	
Wurde Ihnen in einem anderen Kanton/Staat die Bewilligung verweigert, eingeschränkt oder entzogen?	☐ Nein ☐ Ja [9)] in welchem Kanton/Staat?	
Wurde Ihnen in einem anderen Kanton/Staat ein Berufsverbot erteilt?	☐ Nein ☐ Ja [9)] in welchem Kanton/Staat?	
Laufen oder liefen Verfahren gegen Sie in einem anderen Kanton/Staat?	☐ Nein ☐ Ja [9)] in welchem Kanton/Staat?	
Sprachkompetenz	In welcher Sprache haben Sie die Aus- und Weiterbildung mehrheitlich abgeschlossen? ☐ deutsch ☐ italienisch ☐ romanisch ☐ andere [10)]	
Verfügen Sie über eine gültige Berufshaftpflichtversicherung (Versicherungssumme min. 5 Mio. Franken)?	☐ Ja, bei welcher Versicherungsgesellschaft? ☐ Nein	

Zulassung als Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)		Beleg-Nr.
Werden Sie Ihre Leistungen **selbständig** zu Lasten der OKP abrechnen?	☐ Nein ☐ Ja [11)]	

Diese Rubrik ist nur von gesuchstellenden **Ärztinnen/Ärzten** (ausgenommen Spitalärzte) und **Zahnärztinnen/Zahnärzten** auszufüllen		
Abgabe von Arzneimitteln aus einer Privatapotheke		Beleg-Nr.
Beabsichtigen Sie, Arzneimittel abzugeben (auch Erstversorgung)?	☐ Ja [12)] ☐ Nein, ich verzichte ausdrücklich auf die Abgabe von Arzneimitteln und lagere diese ausschliesslich zur unmittelbaren Anwendung	

Diese Rubrik ist nur von gesuchstellenden **Apothekerinnen** und **Apothekern** auszufüllen		Beleg-Nr.
Fachliche Leitung		
Übernehmen Sie die fachverantwortliche Leitung einer öffentlichen Apotheke?	☐ Nein ☐ Ja [13)]	
Beabsichtigen Sie, Impfungen durchzuführen?	☐ Nein ☐ Ja [14)]	
Betreiben eines Analytik-Laboratoriums		
Werden Sie in Ihrer Apotheke Analysen im Rahmen der Grundversorgung, die von einem anderen Leistungserbringer angeordnet sind, durchführen?	☐ Nein ☐ Ja [15)]	

Rechnungsadresse für Bewilligungsgebühren		
Name		
Strasse		
PLZ, Ort		

Ich bestätige, dieses Gesuch wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort, Datum	**Unterschrift**

Fussnoten / Beilagen:

[1)] Pass oder Identitätskarte

[2)] bei Anstellung: Anstellungsvertrag einreichen

[3)] Genauer Name und Adresse des Betriebs

[4)] Angaben zur Rechtsform des Betriebs und falls vorhanden Handelsregisterauszug

[5)] Eidgenössisches oder ausländisches **Diplom** (bzw. Prüfungszeugnis)

bei ausländischem Diplom: zusätzlich **Verfügung** oder **Anerkennungsbestätigung mit Begleitschreiben** der Medizinalberufekommission (Bundesamt für Gesundheit BAG, MEBEKO, 3003 Bern, www.bag.admin.ch)

[6)] gilt für Ärztinnen/Ärzte, Apothekerinnen/Apotheker und Chiropraktorinnen/Chiropraktoren:
Eidgenössischer oder ausländischer **Weiterbildungstitel**

bei ausländischem Weiterbildungstitel: zusätzlich **Verfügung** oder **Anerkennungsbestätigung mit Begleitschreiben** der Medizinalberufekommission (Adresse siehe oben Fussnote 4)

[7)] Strafregisterauszug:

a) **gilt für alle Gesuchssteller**: Privatauszug aus dem Schweizerischen Strafregister (www.bj.admin.ch), nicht älter als **drei Monate**

b) **und zusätzlich bei ehemaligem oder aktuellem Wohnsitz im Ausland**: Strafregisterauszüge früherer Wohnsitz- oder Aufenthaltsstaaten der letzten 3 Jahre (nicht älter als **drei Monate, im Original**)
Hinweis für Deutschland: *erweitertes Führungszeugnis* erforderlich

[8)] Berufsausübungsbewilligungen **und aktuelle** (nicht älter als **drei Monate**) Unbedenklichkeitserklärungen (Certificate of Good Standing) der zuständigen Gesundheitsbehörden, unter deren Aufsicht während der letzten 5 Jahren die Tätigkeit ausgeübt wurde

[9)] schriftliche Begründung unter Beilage der Akten (z. B. Aufsichts-, Standes- oder kassenrechtliche Verfahren, Strafverfahren sowie Haftpflicht- oder Zivilverfahren mit Bezug auf die berufliche Tätigkeit) einreichen

[10)] Sofern die Aus- und Weiterbildung nicht mehrheitlich in einer Amtssprache des Kantons erfolgt ist: Sprachzertifikat für deutsch, italienisch oder romanisch (Niveaustufe B2 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen) einreichen

[11)] zusätzlich: Gesuch um Zulassung als Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausfüllen und einreichen (www.gesundheitsamt.gr.ch / Bereiche / Aufsicht und Bewilligungen / Zulassung z. L. OKP / Formulare)

12) zusätzlich: Gesuch um Bewilligung zum Betrieb einer ärztlichen / zahnärztlichen Privatapotheke ausfüllen und einrei-chen (www.gesundheitsamt.gr.ch / Bereiche / Aufsicht und Bewilligungen / Betriebe / Privatapotheken von Ärzten /Zahnärzten)

13) zusätzlich: Gesuch um Bewilligung zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke ausfüllen und einreichen (www.gesundheitsamt.gr.ch / Bereiche / Aufsicht und Bewilligungen / Betriebe / Apotheken)

14) zusätzlich: Meldeformular *für Apothekerinnen und Apotheker, die Impfungen durchführen möchten* ausfüllen und ein-reichen (www.gesundheitsamt.gr.ch / Bereiche / Aufsicht und Bewilligungen / Kantonsapothekerin)

15) zusätzlich: Gesuch um Zulassung als Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Laboratorien ausfüllen und einreichen (www.gesundheitsamt.gr.ch / Bereiche / Aufsicht und Bewilligungen / Zu-lassung z. L. OKP / Formulare)