



## Gesuch um Erteilung einer privatwirtschaftlichen Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung als Ärztin oder Arzt im Kanton Nidwalden

1. Personalien	
<input type="checkbox"/> Ärztin	<input type="checkbox"/> Arzt
GLN-Nummer	
Nachname	
Vorname	
Lediger Name	
Geburtsdatum	
Nationalität	
Zivilstand	
Heimatort(e)	

2. Privatadresse	
Strasse / Nr.	
PLZ / Ort	
Land	
Telefon	
Fax	
Mobile	
E-Mail	

3. Ausbildung			
Eidg. Diplom oder vom BAG / MEBEKO anerkanntes ausländisches Diplom			
Fachgebiet / Ausbildungsabschluss			
Datum		Ausstellende Stelle	
Ort		Land	

Fachgebiet		Datum	
Universität		Land	

Fachgebiet		Datum	
Universität		Land	

3.1 Weiterbildung				
Eidg. Weiterbildungstitel / FMH oder vom BAG / MEBEKO anerkannter ausländischer Weiterbildungstitel				
Fachgebiet			Datum	
Universität			Land	

Fachgebiet			Datum	
Universität			Land	

Dr. - Titel	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Datum		Ort / Land		

Weitere akademische Titel	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Datum		Ort / Land		

4. Praxisdaten		
<input type="checkbox"/> Übernahme	<input type="checkbox"/> Neueröffnung	<input type="checkbox"/> Tätigkeit
Geplante Tätigkeitsaufnahme, Datum		
Praxisname		
Praxisadresse		
PLZ / Ort		
Telefon		
Fax		
E-Mail		
Mobile		
Sind sie ein Einzelunternehmen ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Praxisgemeinschaft mit (Namen)		

5. Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung		
Wollen Sie im Kanton Nidwalden zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Waren Sie mindestens 3 Jahre (100%) an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte tätig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

6. Bisherige Tätigkeit			
Haben oder hatten Sie schon eine Praxis /Tätigkeit in einem anderen Kanton / Land	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Falls ja, Bewilligung erteilt am:
Ort / Kanton / bzw. Land			
Wird dies Tätigkeit durch Sie weitergeführt?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Praxisname			
Strasse / Nr.			
PLZ / Ort			
Bemerkungen			

Wurde Ihnen je in einem anderen Kanton/Land die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung verweigert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihnen je die Ausübung des Berufes als Ärztin oder Arzt von der zuständigen Aufsichtsbehörde untersagt oder eingeschränkt worden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Läuft gegen Sie ein Straf- oder Verwaltungsverfahren wegen Tatbeständen, die mit der Ausübung des Berufes unvereinbar sind?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, bitte auf <b>separatem Blatt</b> erläutern und belegen		

<b>7. Rechnungsadresse (falls nicht identisch mit Ziff. 1, 2)</b>	
Name / Firma	
Strasse / Nr.	
PLZ / Ort	

Bemerkungen	
-------------	--

<b>8. Unterschrift</b>	
Ort / Datum	
Unterschrift	

- Mit der Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit sämtlicher Angaben.
- Zudem ermächtigen Sie die Bewilligungsbehörde, Auskünfte über Sie bei Institutionen, die Ihre Diplome und Titel oder deren Äquivalent ausgestellt haben, sowie bei den Arbeitgebern und Gesundheitsbehörden einzuholen.
- Eine Gesuchstellung ist verbindlich und grundsätzlich kostenpflichtig (Bewilligungsgebühr).

### **Vollständigkeit**

Das Gesuch kann erst nach Vorliegen sämtlicher Unterlagen geprüft werden. Unvollständige Gesuche werden retourniert.

### **Bearbeitungsfrist von vollständigen Gesuchen**

Die Gesuchsbearbeitung dauert in der Regel maximal vier Arbeitswochen.

### **Weiteres Vorgehen**

Nachdem Sie das Gesuch inkl. Beilagenblatt ausgefüllt haben, bitten wir Sie, dieses zu unterschreiben und mit den Unterlagen per Post oder per E-Mail einzureichen.

Gesundheits- und Sozialdirektion  
Gesundheitsamt  
Engelbergstrasse 34  
Postfach 1243  
6371 Stans

Für Auskünfte:  
Tel.: 041 618 76 03  
Fax: 041 618 75 69  
Mail: [gesundheitsamt@nw.ch](mailto:gesundheitsamt@nw.ch)

Füllen Sie jetzt bitte noch das Beilagenblatt auf der nächsten Seite aus.

**9. Beilagen zur privatwirtschaftlichen Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung als Ärztin oder Arzt**Gut lesbare Kopien, Beglaubigung nicht nötig, Zutreffendes bitte **ankreuzen**:

<input type="checkbox"/> Eidgenössisches Diplom
<input type="checkbox"/> Eidgenössischer Weiterbildungstitel
<input type="checkbox"/> Bestätigung über mindestens 3 Jahre (100%) Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte

<input type="checkbox"/> Ausländisches Diplom
<input type="checkbox"/> Anerkennung des BAG / MEBEKO
<input type="checkbox"/> Ausländischer Weiterbildungstitel
<input type="checkbox"/> Anerkennung des BAG / MEBEKO

<input type="checkbox"/> Aktueller Strafregisterauszug ( <b>max. 6 Monate alt</b> ) <a href="https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/strafregister_de">https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/strafregister_de</a>
<input type="checkbox"/> Bei Personen aus dem Ausland, die noch nicht 5 Jahre in der Schweiz wohnhaft sind, aktuelles Führungszeugnis ( <b>max. 6 Monate alt</b> ) aus dem Herkunftsland
<input type="checkbox"/> Aktueller tabellarischer Lebenslauf
<input type="checkbox"/> Akademische Titel (falls vorhanden)
<input type="checkbox"/> Versicherungsnachweis (Berufshaftpflichtversicherung)
<input type="checkbox"/> Nachweis über ausreichende Sprachkenntnisse in Deutsch Niveau B2 ( <b>falls Deutsch nicht die Muttersprache ist</b> ) oder Eintrag der Sprachkenntnisse im MedReg
<input type="checkbox"/> Plan der Räumlichkeiten und Angaben zu erforderlichen Geräten

<input type="checkbox"/> falls vorliegend: Berufsausübungsbewilligung anderer Kanton	Kanton:
<input type="checkbox"/> Certificate of Good Standing (Unbedenklichkeitserklärung) der ausstellenden Gesundheitsbehörde	
<input type="checkbox"/> falls vorliegend: Berufsausübungsbewilligung Ausland	Land:
<input type="checkbox"/> Certificate of Good Standing (Unbedenklichkeitserklärung) der ausstellenden Gesundheitsbehörde	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	