



Gesuch um Erteilung einer privatwirtschaftlichen Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung als Optometristin oder Optometrist im Kanton Nidwal- den

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

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

3. Daten zur Ausbildung	
Abschluss einer Fachhochschule (FH) in Optometrie oder ein gleichwertig anerkannter Ausbildungsabschluss	
Diplom	
Datum	
Ausstellende Stelle	
Ort	
Land	

4. Praxisdaten		
<input type="checkbox"/> Übernahme	<input type="checkbox"/> Neueröffnung	<input type="checkbox"/> Tätigkeit
Geplante Tätigkeitsauf- nahme, Datum		
Praxisadresse		
PLZ / Ort		
Telefon		
Fax		
E-Mail		
Mobile		
Praxisgemeinschaft mit (Namen)		

5. Bisherige Tätigkeit			
Haben oder hatten Sie schon eine Praxis /Tätig- keit in einem anderen Kanton / Land	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Falls ja, Bewilligung erteilt am:
Ort / Kanton / bzw. Land			

Wird diese 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 Optometristin oder Optometrist 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 separatem Blatt erläutern und belegen		

6. Rechnungsadresse (falls nicht identisch mit Ziff. 1, 2)	
Name / Firma	
Strasse / Nr.	
PLZ / Ort	

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

8. Unterschrift	
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

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

9. Beilagen zur privatwirtschaftlichen Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung als Optometristin oder Optometrist

Gut lesbare Kopien, Beglaubigung nicht nötig, Zutreffendes bitte **ankreuzen**:

Abschluss einer Fachhochschule (FH) oder gleichwertiger Ausbildungsabschluss

Aktueller Strafregisterauszug (**max. 6 Monate alt**)

https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/strafregister_de

Bei Personen aus dem Ausland, die noch nicht 5 Jahre in der Schweiz wohnhaft sind, aktuelles Führungszeugnis (**max. 6 Monate alt**) aus dem Herkunftsland

Aktueller tabellarischer Lebenslauf

Versicherungsnachweis (Berufshaftpflichtversicherung)

Plan der Räumlichkeiten und Angaben zu erforderlichen Geräten

Berufsausübungsbewilligung anderer Kanton falls vorliegend

Kanton:

Certificate of Good Standing (Unbedenklichkeitsbestätigung) der zuständigen Gesundheitsbehörde

Berufsausübungsbewilligung Ausland falls vorliegend

Land:

Certificate of Good Standing (Unbedenklichkeitsbestätigung) der zuständigen Gesundheitsbehörde