



## Gesuch um Erteilung einer privatwirtschaftlichen Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung als Dentalhygienikerin oder Dentalhygieniker im Kan- ton Nidwalden

| 1. Personalien                              |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dentalhygienikerin | <input type="checkbox"/> Dentalhygieniker |
| 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 höheren Fachschule (HF) in Dentalhygienik 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-<br>nahme, Datum   |  |
| Praxisadresse   |  |
| PLZ / Ort   |  |
| Telefon   |  |
| Fax   |  |
| E-Mail  |  |
| Mobile  |  |
| Praxisgemeinschaft mit<br>(Namen)   |  |

| 5. Bisherige Tätigkeit   |                               |                             |                                   |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Haben oder hatten Sie<br>schon eine Praxis /Tätig-<br>keit in einem anderen<br>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 Dentalhygienikerin oder Dentalhygieniker 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   |                             |                               |

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

| 7. Bisherige berufliche Tätigkeit als Dentalhygienikerin oder Dentalhygieniker unter fachlicher Aufsicht |                        |                        |                              |
|--|------------------------|------------------------|------------------------------|
| Nachweis über 2 Jahre unselbständige Tätigkeit (100%), Arbeitsbestätigungen beilegen                     |                        |                        |                              |
| Institution, Praxis  | Von: (Mo-<br>nat/Jahr) | Bis: (Mo-<br>nat/Jahr) | Beschäftigungs-<br>grad in % |
| 1.<br>als:   |                        |                        |                              |
| 2.<br>als:   |                        |                        |                              |
| 3.<br>als:   |                        |                        |                              |
| 4.<br>als:   |                        |                        |                              |
| 5.<br>als:   |                        |                        |                              |
| 6.<br>als:   |                        |                        |                              |

|             |  |
|-------------|--|
| 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](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 Dentalhygienikerin oder Dentalhygieniker**

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

Abschluss einer höheren Fachschule (HF) oder gleichwertiger Ausbildungsabschluss

Nachweis über 2 Jahre unselbständige Tätigkeit gemäss Art. 47 Abs. 1 lit. b. KVV (**siehe Ziff. 7**)

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

[https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/strafregister\\_de](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