



**Gesuch um
Erteilung einer privatwirtschaftlichen Berufsausübungsbewilligung in eigener
fachlicher Verantwortung als medizinische Masseurin oder medizinischer Mas-
seur im Kanton Nidwalden**

| 1. Personalien | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> med. Masseurin | <input type="checkbox"/> med. Masseur |
| 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 | |
|--|--|
| Eidgenössischer Fachausweis als medizinische Masseurin oder medizinischer Masseur 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 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 medizinische Masseurin oder medizinischer Masseur 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 | |
|-------------|--|

7. 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.

8. Beilagen zur privatwirtschaftlichen Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung als medizinische Masseurin oder medizinischer Masseur

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

Eidgenössischer Fachausweis 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)

Nachweis über ausreichende Sprachkenntnisse in Deutsch (**falls Deutsch nicht die Muttersprache ist**)

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