

Gesuch Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung/ Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung in einem Gesundheitsberuf

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Akupunkteur / Akupunkteurin | <input type="checkbox"/> Medizinischer Masseur / Medizinische Masseurin |
| <input type="checkbox"/> Dentalhygieniker / Dentalhygienikerin | <input type="checkbox"/> Naturheilpraktiker / Naturheilpraktikerin |
| <input type="checkbox"/> Drogist / Drogistin | <input type="checkbox"/> Optometrist / Optomestristin |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut / Ergotherapeutin | <input type="checkbox"/> Augenoptiker / Augenoptikerin |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsberater / Ernährungsberaterin | <input type="checkbox"/> Osteopath / Osteopathin |
| <input type="checkbox"/> Hebamme / Geburtshelfer | <input type="checkbox"/> Pflegefachmann / Pflegefachfrau |
| <input type="checkbox"/> Leiter / Leiterin von med. Laboratorien | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut / Physiotherapeutin |
| <input type="checkbox"/> Logopäde / Logopädin | <input type="checkbox"/> Podologe / Podologin |
| <input type="checkbox"/> Rettungssanitäter / Rettungssanitäterin | |

I. Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung

1. Angaben zur Person

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w / <input type="checkbox"/> m
Staatsangehörigkeit:	Heimatort/Kanton:
GLN (Global Location Number):	Versichertennummer (13-stellige AHV-Nr.):
Wohnadresse:	PLZ/Ort:
Telefon (Privat):	E-Mail (Privat):

2. Angaben zur geplanten Berufstätigkeit

Name Betrieb:	
Geschäftsadresse:	PLZ/Ort:
Telefon:	E-Mail:
GLN (Global Location Number):	UID (Unternehmens-Identifikationsnummer):
ZSR-Nummer (falls vorhanden):	Pensum (in %):
Datum Tätigkeitsaufnahme:	
Rechtsform: <input type="checkbox"/> Einzelunternehmung <input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> Anstellungsverhältnis (fachlich eigenverantwortlich, aber im Namen und auf Rechnung des Arbeitgebers) <input type="checkbox"/> Selbständige Berufstätigkeit (Tätigkeit in fachlicher Eigenverantwortung, im eigenen Namen und auf eigene Rechnung) <input type="checkbox"/> Anstellungsverhältnis in leitender Funktion <input type="checkbox"/> Betriebsübernahme von: <input type="checkbox"/> Betriebsgemeinschaft mit:

3. Hebammen / Geburtshelfer

Ich bin berechtigt, die Versorgung von Geburtsverletzungen und Episiotomien zu erbringen: <input type="checkbox"/> Ja (Nachweis erbringen) <input type="checkbox"/> Nein
--

4. Physiotherapeuten

Ich bin berechtigt, die Methode «Dry Needling» anzuwenden: <input type="checkbox"/> Ja (Nachweis ¹ erbringen) <input type="checkbox"/> Nein
--

¹ Nachweis der bestandenen Prüfung «Dry Needling Therapeut/-in DVS» oder einer dazu äquivalenten Ausbildung samt Bestätigung der ausbildenden Organisation, wonach die Ausbildung dem Standard der DVS-Prüfung entspricht

5. Naturheilpraktikerinnen und -praktiker

Ich beantrage die Erlaubnis zur Abgabe nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel im Rahmen der abgeschlossenen Fachrichtung.

- Ja
- Nein

Ich bestätige, dass zum Zeitpunkt der Tätigkeitsaufnahme ein geeignetes, der Art und Grösse des Betriebs angepasstes Qualitätssicherungssystem vorhanden ist (Art. 30 Abs. 2 HMG):

- Ja

Hinweis: Patientenapotheken werden periodisch durch die Kantonsapothekerin auf Kosten der Bewilligungsinhaberin bzw. des Bewilligungsinhabers inspiziert.

6. Angaben zur bisherigen beruflichen Tätigkeit

Wurde Ihnen in einem anderen Kanton oder Staat **jemals** eine Bewilligung zur Berufsausübung **erteilt**?

- Ja (Kopien beilegen)
- Nein

Wurde Ihnen in einem anderen Kanton oder Staat **jemals** eine Bewilligung zur Berufsausübung **verweigert** oder **entzogen**?

- Ja (ausführliche Dokumentation beilegen)
- Nein

Laufen **aktuell** aufsichtsrechtliche Verfahren, Haftpflicht- oder Zivilverfahren oder Strafverfahren gegen Sie?

- Ja (ausführliche Dokumentation beilegen)
- Nein

Wurden in der Vergangenheit **jemals** aufsichtsrechtliche Verfahren, Haftpflicht- oder Zivilverfahren oder Strafverfahren gegen Sie durchgeführt?

- Ja (ausführliche Dokumentation beilegen)
- Nein

II. Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Ich beantrage die Zulassung² zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

- Ja
 Nein

Ich verfüge über die notwendige Sprachkompetenz Deutsch gemäss Seite 8 dieses Formulars.

- Ja
 Nein

III. Erklärungen des Gesuchstellers / der Gesuchstellerin

Ich bestätige, dass die Bewilligungsvoraussetzungen der Vertrauenswürdigkeit sowie der psychischen und physischen Gewähr gegeben sind (Art. 12 GesBG):

- Ja
 Nein

Ich wünsche, dass im Falle von Rückfragen im vorliegenden Verfahren per E-Mail mit mir korrespondiert wird.

- Ja, unter folgender E-Mail-Adresse:
 Nein

Einverständniserklärung und Unterschrift

Die gesuchstellende Person bestätigt die Korrektheit der gemachten Angaben. Er/Sie nimmt zur Kenntnis, dass unvollständige oder falsche Angaben zur Abweisung des Gesuchs führen und gegebenenfalls strafrechtliche oder aufsichtsrechtliche Folgen haben können.

Ort und Datum

Unterschrift Gesuchsteller/in

.....

.....

² Die Anforderungen an die Zulassung von Leistungserbringern werden in [Art. 35 ff. KVG](#) und insbesondere in [Art. 38 ff. KVV](#) geregelt

Merkblatt: Einzureichende Unterlagen (Gesundheitsberufe)

Verfügen Sie über eine Berufsausübungsbewilligung in einem anderen Kanton?

- Ja → weiter bei **B.**
 Nein → weiter bei **A.**

Beantragen Sie eine Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP?

- Ja → Zusätzlich: **C.**

A. Ohne Berufsausübungsbewilligung in einem anderen Kanton:

<input type="checkbox"/> Pass oder amtliche Identitätskarte (ID)	Kopie
<input type="checkbox"/> Lebenslauf	inkl. folgender Angaben: Tätigkeit, Betrieb und Pensum in % Zeiträume im Format dd.mm.yyyy-dd.mm.yyyy
<input type="checkbox"/> Diplomeintrag Register der Gesundheitsberufe (NAREG/GesReg)	Gesundheitsberufe generell: Diplomeintrag muss im nationalen Register der Gesundheitsberufe (NAREG/GesReg) vorhanden sein. www.gesreg.ch für Akupunkteure / Laboratoriumsleiter: Originaldiplom oder beglaubigte Abschrift
<input type="checkbox"/> Unbedenklichkeitserklärung(en) (UE) <input type="checkbox"/> Certificate(s) of good standing (COGS)	Nicht älter als 3 Monate <ul style="list-style-type: none"> • UE: Nur bei fachlich eigenverantwortlicher Tätigkeit in einem anderen Kanton der zuständigen Gesundheitsbehörden der letzten 5 Jahre. • COGS: Nur bei fachlich eigenverantwortlicher Tätigkeit in einem anderen Staat der letzten 5 Jahre.
<input type="checkbox"/> Strafregisterauszug <input type="checkbox"/> Sonderprivatauszug	Nicht älter als 3 Monate www.ch.ch/de/strafregisterauszug zusätzlich ein Sonderprivatauszug bei vorwiegender Tätigkeit mit Minderjährigen oder besonders schutzbedürftigen Personen³:
<input type="checkbox"/> Ärztliches Zeugnis	Muss durch eine(n) Arzt/Ärztin mit Schweizer Berufsausübungsbewilligung auf eigene Kosten erstellt werden; nur auf vom Kanton SZ dafür vorgesehenen Formular www.sz.ch/gesundheitsberufe , Register Merkblätter und Formulare
<input type="checkbox"/> Berufshaftpflichtversicherung	Nachweis über den Abschluss; <ul style="list-style-type: none"> • Bei unselbständiger Erwerbstätigkeit: Nachweis durch Arbeitgeber; • muss das Berufsrisiko abdecken; Deckungs-/Garantiesumme muss ersichtlich sein

³ *Beispiel: Pflegefachfrauen / -männer in Alters- und Behindertenheimen.*

<input type="checkbox"/> Fortbildungsnachweise	Nachweis über Fortbildung der letzten 3 Jahren (Zertifikate, Fortbildungsdiplome etc.) gemäss aktuellen Vorgaben der nationalen Standesorganisationen, -verbände, oder -gesellschaften.
--	--

B. Mit Berufsausübungsbewilligung in einem anderen Kanton

<input type="checkbox"/> Pass oder amtliche Identitätskarte (ID)	Kopie
<input type="checkbox"/> Strafregisterauszug <input type="checkbox"/> Sonderprivatauszug	Nicht älter als 3 Monate www.ch.ch/de/strafregisterauszug zusätzlich ein Sonderprivatauszug bei vorwiegender Tätigkeit mit Minderjährigen oder besonders schutzbedürftigen Personen⁴: Sonderprivatauszug
<input type="checkbox"/> Berufshaftpflichtversicherung	Nachweis über den Abschluss; <ul style="list-style-type: none"> • Bei unselbständiger Erwerbstätigkeit: Nachweis durch Arbeitgeber; • muss das Berufsrisiko abdecken; Deckungs-/Garantiesumme muss ersichtlich sein
<input type="checkbox"/> Berufsausübungsbewilligung(en)	Kopie(en) inklusive der Verfügung(en) anderer Kantone
<input type="checkbox"/> Unbedenklichkeitserklärung(en) (UE) <input type="checkbox"/> Certificate(s) of good standing (COGS)	Nicht älter als 3 Monate <ul style="list-style-type: none"> • UE: Der zuständigen Gesundheitsbehörden der letzten 5 Jahre. • COGS: Nur bei fachlich eigenverantwortlicher Tätigkeit in einem anderen Staat der letzten 5 Jahre.

C. Einzureichen bei Antrag auf Zulassung OKP

<input type="checkbox"/> Pass oder amtliche Identitätskarte (ID)	Kopie
<input type="checkbox"/> Arbeitszeugnisse oder -bestätigungen ⁵	inkl. folgenden Angaben: Betrieb, Name der/des Vorgesetzten, Pensum in %, Anstellung von – bis, Fachgebiet, Anstellung als (Funktion, Tätigkeit) Für Hebammen/Geburtshelfer: Nachweis einer zweijährigen praktischen Tätigkeit (100% Pensum): 1. bei einer nach KVV zugelassenen Hebamme; 2. in der geburtshilflichen Abteilung eines Spitals, unter der Leitung einer Hebamme, welche die Zulassungsvoraussetzungen KVV erfüllt; oder 3. in einer Organisation der Hebammen, unter der Leitung einer Hebamme, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllt Für Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen: Nachweis einer zweijährigen praktischen Tätigkeit (100% Pensum):

⁴ Beispiel: Pflegefachfrauen / -männer in Alters- und Behindertenheimen.

⁵ Geregelt in [Art. 45 ff. KVV](#) und [Gesundheitsverordnung \(GesV\)](#).

1. bei einem nach KVV zugelassenen Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin;
2. in einer physiotherapeutischen Spezialabteilung eines Spitals, unter der Leitung eines Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen KVV erfüllt; oder
3. in einer Organisation der Physiotherapie, unter der Leitung eines Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen KVV erfüllt.

Für Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen:

Nachweis einer zweijährigen praktischen Tätigkeit (100% Pensum):

1. bei einem Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, der oder die nach KVV zugelassen ist;
2. in einem Spital, unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen KVV erfüllt; oder
3. in einer Organisation der Ergotherapie, unter der Leitung eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen KVV erfüllt.

Für Pflegefachmänner/Pflegefachfrauen:

Nachweis einer zweijährigen praktischen Tätigkeit (100% Pensum):

1. bei einem Pflegefachmann oder einer Pflegefachfrau, der oder die nach KVV zugelassen ist;
2. in einem Spital oder in einem Pflegeheim, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen KVV erfüllt; oder
3. in einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, unter der Leitung eines Pflegefachmanns oder einer Pflegefachfrau, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen KVV erfüllt.

Für Logopäden und Logopädinnen:

Nachweis einer zweijährigen praktischen Tätigkeit (100% Pensum) in klinischer Logopädie, überwiegend im Erwachsenenbereich, davon mindestens ein Jahr in einem Spital unter fachärztlicher Leitung (Oto-Rhino-Laryngologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Phoniatrie oder Neurologie) und im Beisein eines Logopäden oder einer Logopädin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen KVV erfüllt; ein Jahr kann unter entsprechender fachärztlicher Leitung und in Begleitung eines Logopäden oder einer Logopädin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen KVV erfüllt, in einer Facharztpraxis oder in einer Organisation der Logopädie, die nach KVV zugelassen ist, absolviert werden.

Für Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen:

Nachweis einer zweijährigen praktischen Tätigkeit (100% Pensum):

	<p>1. bei einem Ernährungsberater oder einer Ernährungsberaterin, der oder die nach KVV zugelassen ist;</p> <p>2. in einem Spital, unter der Leitung eines Ernährungsberaters oder einer Ernährungsberaterin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen KVV erfüllt;</p> <p>oder</p> <p>3. in einer Organisation der Ernährungsberatung, unter der Leitung eines Ernährungsberaters oder einer Ernährungsberaterin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen KVV erfüllt.</p> <p>Für Podologen und Podologinnen: Nachweis einer zweijährigen praktischen Tätigkeit (100% Pensum) nach Erhalt des Diploms:</p> <p>1. bei einem Podologen oder einer Podologin, der oder die nach KVV zugelassen ist;</p> <p>2. in einer Organisation der Podologie, die nach KVV zugelassen ist; oder</p> <p>3. in einem Spital, in einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder in einem Pflegeheim, unter der Leitung eines Podologen oder einer Podologin, der oder die die Zulassungsvoraussetzungen KVV erfüllt.</p> <p>Für Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter: Nachweis einer mindestens zweijährigen praktischen Tätigkeit (100% Pensum) unter fachlicher Aufsicht seit Erlangen des Fähigkeitsausweises.</p>
<input type="checkbox"/> Nachweis Sprachkompetenz	<p>Einer der folgenden Nachweise⁶:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) in der Schweiz erfolgreich abgelegte Sprachprüfung Niveau min. B2; oder b) schweizerische gymnasiale Maturität, mit Deutsch als Grundlagenfach; oder c) ein in deutscher Sprache erworbenes eidgenössisches Diplom; oder d) ein in deutscher Sprache erworbenes und anerkanntes ausländisches Diplom⁷

⁶ Analog zu [Art. 37 Absatz 1 KVG](#)

⁷ [Art. 10 GesBG](#).

Das Amt für Gesundheit und Soziales behält sich vor, ergänzende Unterlagen anzufordern.

Weitere Informationen:

www.sz.ch/gesundheitsberufe

Kontaktpersonen im Amt für Gesundheit und Soziales:

Team Bewilligungen, 041 819 16 67, bewilligungen.ags@sz.ch

Adresse für die Einreichung Ihres Gesuches:

Amt für Gesundheit und Soziales, Bewilligungen, Kollegiumstrasse 28, Postfach 2161, 6431 Schwyz

Die Gesuche sind vollständig und auf dem Postweg einzureichen.