

Gesuch Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung/ Zulassung oder Berechtigung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung in einem universitären Medizinal- oder Psychologieberuf

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin | <input type="checkbox"/> Neuropsychologe / Neuropsychologin |
| <input type="checkbox"/> Apotheker / Apothekerin | <input type="checkbox"/> Psychotherapeut / Psychotherapeutin |
| <input type="checkbox"/> Chiropraktor / Chiropraktorin | <input type="checkbox"/> Zahnarzt / Zahnärztin |

I. Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung

1. Angaben zur Person

Titel (falls vorhanden):	
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 Praxis / Apotheke / Betrieb:	
Geschäftsadresse:	PLZ/Ort:
Telefon:	E-Mail:
GLN (Global Location Number):	UID (Unternehmens-Identifikationsnummer):
ZSR-Nummer (falls vorhanden):	Pensum (in %):
Datum Tätigkeitsaufnahme:	

<p>Rechtsform:</p> <input type="checkbox"/> Einzelunternehmung <input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> andere:	<p>Beschäftigungsverhältnis¹:</p> <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
	<p>Für die Ärzeschaft:</p> <input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> Co-Chefarzt <input type="checkbox"/> Leitender Arzt <input type="checkbox"/> Belegarzt <input type="checkbox"/> Konsiliararzt
	<input type="checkbox"/> Betriebsübernahme von:
	<input type="checkbox"/> Betriebsgemeinschaft mit:

3. Führung einer Patientenapotheke

<p>Ich beantrage die Führung einer Patientenapotheke (Selbstdispensation).</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<p>Ich bestätige, dass zum Zeitpunkt der Tätigkeitsaufnahme ein geeignetes, der Art und Grösse des Betriebs angepasstes Qualitätssicherungssystem vorhanden ist (Art. 30 Abs. 2 HMG):</p> <input type="checkbox"/> Ja
<p>Hinweis: Angestellte Bewilligungsinhaber müssen über die Selbstdispensation verfügen, wenn sie in der Praxis Medikamente abgeben wollen.</p> <p>Patientenapotheken werden periodisch durch die Kantonsapothekerin auf Kosten der BewilligungsinhaberIn bzw. des Bewilligungsinhabers inspiziert.</p>

¹ Eine Berufsausübungsbewilligung wird bei fachlich eigenverantwortlicher Tätigkeit unabhängig des Beschäftigungsverhältnisses benötigt.

4. Angaben zur bisherigen beruflichen Tätigkeit

Wurde Ihnen in einem anderen Kanton jemals eine Bewilligung zur Berufsausübung erteilt ?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde Ihnen in einem anderen Kanton oder Staat jemals eine Bewilligung zur Berufsausübung mit Auflagen oder Bedingungen (Einschränkungen) erteilt?
<input type="checkbox"/> Ja (ausführliche Dokumentation beilegen) <input type="checkbox"/> Nein
Laufen aktuell aufsichtsrechtliche Verfahren, Haftpflicht- oder Zivilverfahren oder Strafverfahren gegen Sie?
<input type="checkbox"/> Ja (ausführliche Dokumentation beilegen) <input type="checkbox"/> Nein
Wurden in der Vergangenheit jemals aufsichtsrechtliche Verfahren, Haftpflicht- oder Zivilverfahren oder Strafverfahren gegen Sie durchgeführt?
<input type="checkbox"/> Ja (ausführliche Dokumentation beilegen) <input type="checkbox"/> Nein

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

Ich beantrage die Zulassung ² oder Berechtigung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
<input type="checkbox"/> Ja ³ <input type="checkbox"/> Nein
Ich verfüge über die notwendige Sprachkompetenz Deutsch gemäss Seite 7 dieses Formulars.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Für welche Fachrichtung(en) wird die Zulassung oder Berechtigung beantragt?

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

³ Ist der Gesuchsteller/die Gesuchstellerin im Angestelltenverhältnis für eine Einrichtung oder Organisation tätig, so wird die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur der Einrichtung bzw. Organisation als juristische Person und nicht dem Gesuchsteller/der Gesuchstellerin gewährt (Erläuternder Bericht zur Änderung der KVV und KLV vom 23. Juni 2021, Ziff. 2.2).

Für die **Ärztenschaft**: für welche Versorgungsregion(en)⁴ wird die Zulassung oder Berechtigung beantragt (Mehrfachauswahl möglich)?

- Versorgungsregion Innerschwyz
- Versorgungsregion Ausserschwyz

Für die **Ärztenschaft**: falls die Höchstzahl im beantragten Fachgebiet⁵ erreicht ist und deshalb keine Zulassung oder Berechtigung ausgestellt werden kann, beantrage ich für sechs Monate auf einer Warteliste geführt zu werden.

- Ja
- Nein

Hinweis: eine einmalig mögliche Verlängerung um weitere sechs Monate ist, falls gewünscht, **unaufgefordert** und schriftlich **vor Ablauf der Frist** beim Amt für Gesundheit und Soziales zu beantragen.

III. Erklärungen des Gesuchstellers / der Gesuchstellerin

Ich bestätige, dass die Bewilligungsvoraussetzungen der Vertrauenswürdigkeit sowie der psychischen und physischen Gewähr gegeben sind ([Art. 36 Abs. 1 Bst. b MedBG](#) bzw. [Art. 24 Abs. 1 Bst. b PsyG](#)):

- 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

Ich bestätige, dass ich zur Führung des oben genannten Titel berechtigt bin.⁶

- Ja
- Nein

⁴ Gemäss § 8 der Vollzugsverordnung zur Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich vom 13. Juni 2023 (HöVV).

⁵ Siehe HöVV.

⁶ Für Ärzte und Ärztinnen sind die [Empfehlungen der FMH / SIWF zur Ausschreibung](#) einschlägig.

Einverständniserklärung und Unterschrift

Die gesuchstellende Person bestätigt die Korrektheit der gemachten Angaben. 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

.....

.....

Merkblatt: Anforderungen und einzureichende Unterlagen (universitäre Berufe)

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"/> Medizinalberuferegistereintrag oder Registereintrag (MEBEKO)	Diplomeintrag muss im Medizinalberuferegister (MedReg) bzw. Psychologieberuferegister (PsyReg) vorhanden sein.
<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 Personen⁷
<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
<input type="checkbox"/> Fortbildungsnachweise	Nachweis über Fortbildung der letzten 3 Jahren (Zertifikate, Fortbildungsdiplome etc.) gemäss aktuellen Vorgaben der nationalen Standesorganisationen, -verbände, oder -gesellschaften.

⁷ Beispiele: Fachärzte/Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzte/Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

	Für die Ärzteschaft: Fortbildungsnachweise nach SIWF/ISFM www.siwf.ch/fortbildung/fortbildungsnachsplattform.cfm
--	---

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 Personen⁸
<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)	Komplette Verfügung(en) aller Kantone mit aktiver Berufsausübungsbewilligung der letzten 5 Jahre
<input type="checkbox"/> Unbedenklichkeitserklärung(en) (UE) <input type="checkbox"/> Certificate(s) of good standing (COG)	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 oder Berechtigung OKP

<input type="checkbox"/> Pass oder amtliche Identitätskarte (ID)	Kopie
<input type="checkbox"/> Arbeitszeugnisse oder -bestätigungen ⁹	inkl. folgenden Angaben: Betrieb, Name der/des Vorgesetzten, Pensum in %, Anstellung von – bis, Anstellung als (Funktion, Tätigkeit) Für Ärzte und Ärztinnen: Nachweis einer dreijährigen Tätigkeit (100% Pensum) im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte. Listen Sie Ihre Tätigkeitszeiten auf und legen Sie den Nachweis der Weiterbildungsstätte bei. https://www.siwf-register.ch/ Für Zahnärzte und Zahnärztinnen: Zahnärzte müssen während drei Jahren eine praktische Tätigkeit in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut in der Schweiz ausgeübt haben Für psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen: Nachweis klinischer Erfahrung von drei Jahren (100% Pensum), davon mindestens 12 Monate in psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtungen, die über eine der folgenden

⁸ Beispiele: Fachärzte/Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzte/Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

⁹ Geregelt in [Art. 38 ff. KVV](#)

	<p>Anerkennungen des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) verfügen:</p> <p>1. ambulante oder stationäre Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder der Kategorie B nach dem Weiterbildungsprogramm «Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie» vom 1. Juli 2009 in der Fassung vom 15. Dezember 2016;</p> <p>2. Weiterbildungsstätte der Kategorien A, B oder C nach dem Weiterbildungsprogramm «Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie» vom 1. Juli 2006 in der Fassung vom 20. Dezember 2018.</p>
<input type="checkbox"/> Elektronisches Patientendossier	<p>Für die Ärzteschaft: Nachweis über den Anschluss an eine zertifizierte Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft gemäss Art. 37 Abs. 3 KVG. Elektronisches Patientendossier (EPD) FMH</p>
<input type="checkbox"/> Nachweis Sprachkompetenz	<p>Einer der folgenden Nachweise¹⁰:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) In der Schweiz erfolgreich abgelegte Sprachprüfung Niveau min. B2 (für die Ärzteschaft: C1); 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 Diplom¹¹

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.

¹⁰ Analog zu [Art. 37 Absatz 1 KVG](#)

¹¹ [Art. 15 MedBG](#).