



**Gesuch  
Betriebsbewilligung für Institutionen von Gesundheitsberufen**

Wenn bewilligungspflichtige Tätigkeiten nicht im Namen und auf Rechnung der Inhaberin oder des Inhabers einer Berufsausübungsbewilligung erbracht werden, ist gemäss § 26 Abs. 1 Bst. a des Gesundheitsgesetzes (GesG, BGS 821.1) in Verbindung mit § 26 Abs. 2 Bst. f GesG eine Betriebsbewilligung erforderlich.

**1. Angaben zur Inhaberin bzw. zum Inhaber des Betriebs (Trägerschaft)**

Name der Trägerschaft	
.....	
Rechtsform	Eintrag Handelsregister (sofern eingetragen, Auszug beilegen)
.....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    → Beilage Nr. ....
<b>Kontaktperson</b> Vorname	Familienname
.....	.....
Telefon	E-Mail
.....	.....

**2. Angaben zum Betrieb**

Betriebsname	Betriebseröffnung (Datumsangabe) Seit/ab
.....	.....
<b>Adresse</b> Strasse	PLZ/Ort
.....	.....
Telefon	E-Mail
.....	.....
	Homepage
	.....

## 2.1 Betriebsleitung

Vorname	Familienname
Beruf	Berufsausübungsbewilligung des Kantons Zug (sofern vorhanden) seit:

## 2.2 Fachliche Leitung (nur ausfüllen, wenn nicht identisch mit der Betriebsleitung)

Vorname	Familienname
Berufsausübungsbewilligung des Kantons Zug seit:	Stellvertretung durch

Das Gesuchsformular ist mit allen aufgeführten Beilagen an das Amt für Gesundheit, Medizinische Abteilung, Gartenstrasse 3, 6300 Zug, einzureichen. Die Beilagen können als Kopie eingereicht werden, sofern nicht ausdrücklich im Original verlangt wird. Das Amt für Gesundheit kann im Einzelfall weitere Unterlagen einfordern.

Bei Unklarheiten steht Ihnen die Medizinische Abteilung (Karin Müller, Tel. 041 728 35 11) gerne zur Verfügung.

**Sofern noch keine Betriebsbewilligung eines anderen Kantons vorliegt (Erstbewilligung) sind folgende Unterlagen einzureichen:**

- |  |           |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Betriebskonzept   | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Organigramm inkl. Angaben zu den Funktionen   | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Praxisplan  | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Leistungsangebot des Betriebs im Detail   | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagementsystem   | Beleg-Nr. |
| <i>Bitte reichen Sie zwei bis drei Arbeitsanweisungen ein (z. B. zum Thema Hygiene, Richtlinien bei Notfällen, Datenschutz, Einführung neuer Mitarbeiter etc.)</i> |           |
| <input type="checkbox"/> Angaben zur Patientendokumentation  | Beleg-Nr. |
| <i>Name Software, wie oft werden Backup erstellt, sind die Aufbewahrungspflichten bekannt etc.</i>   |           |
| <input type="checkbox"/> Berufshaftpflichtversicherung (vollständige Police)   | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Pflichtenhefte (Stellenbeschreibung) für das Leitungsteam   | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Bestätigung Weisungsunabhängigkeit (Beilage 1)  | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Bestätigung, dass eine konsequente Trennung von Betriebs-<br>Infrastruktur und Privaträumen besteht                                       | Beleg-Nr. |

**Sofern bereits eine Betriebsbewilligung eines anderen Kantons besteht**

- |   |           |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> Bewilligung anderer Kantone  | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Betriebskonzept  | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Praxisplan   | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Nachweis Berufshaftpflichtversicherung (vollständige Police) auf den<br>Zeitpunkt der Tätigkeitsaufnahme im Kanton Zug | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Organigramm mit Angaben zu Namen und Funktion  | Beleg-Nr. |
| <input type="checkbox"/> Bestätigung Weisungsunabhängigkeit (Beilage 2) <sup>1</sup>  | Beleg-Nr. |
-

**Bemerkungen**


**Unterschriften**

Mit ihrer Unterschrift bestätigen die unterzeichneten Personen die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Unrichtige Angaben haben Sanktionen zur Folge (vgl. insbesondere § 10 Abs. 1 Bst. b GesG betreffend Entzug der Bewilligung).

<p><b>Ort / Datum</b></p> <p>.....</p> <p>Name, Vorname in Druckschrift</p>	<p><b>Betriebsleitung</b></p> <p>(Unterschrift)</p>
---	---

<p><b>Für die Trägerschaft bzw. die Inhaberin / den Inhaber des Betriebs</b> (rechtsgültige Unterschriften der gemäss Handelsregister zeichnungsberechtigten Personen)</p>	
<p><b>Ort / Datum</b></p> <p>.....</p> <p>Name, Vorname in Druckschrift</p>	<p>(Unterschrift)</p>
<p><b>Ort / Datum</b></p> <p>.....</p> <p>Name, Vorname in Druckschrift</p>	<p>(Unterschrift)</p>

**Beilage 1**

**Bestätigung der Weisungsunabhängigkeit der angestellten Personen bewilligungspflichtiger Berufe**

An jede in fachlicher Eigenverantwortung tätige Personen bewilligungspflichtiger Berufe im Gesundheitswesen werden ungeachtet der wirtschaftlichen Unselbständigkeit die gleichen gesundheitspolizeilichen Anforderungen an die Voraussetzung zur Ausübung der Berufstätigkeit gestellt. Dazu gehört insbesondere, dass Personen bewilligungspflichtiger Berufe gegenüber ihren Patientinnen und Patienten sowie gegenüber den Aufsichtsbehörden für ihr Verhalten selbst verantwortlich ist (§ 5 Abs. 4 Gesundheitsverordnung).

Gestützt auf § 27 Abs. 3 i.V.m. § 9 Abs. 3 Gesundheitsgesetz werden im Rahmen der Betriebsbewilligung deshalb folgende Bestätigungen verlangt:

- Jede angestellte Person bewilligungspflichtiger Berufe muss individuell und schriftlich bestätigen, dass sie ihren Beruf unabhängig von fachlichen Weisungen durch Organe der juristischen Person oder der Geschäftsleitung ausübt.
- der Arbeitgeber muss seinerseits verbindlich festhalten, dass von Arbeitgeberseite her kein Einfluss auf die Berufsausübung der in fachlicher Eigenverantwortung tätigen angestellten Personen bewilligungspflichtiger Berufe ausgeübt wird.

Name des Betriebs: .....

Trägerschaft: .....

**Arbeitnehmer**

Name, Vorname .....

Titel / Funktion .....

Ich bestätige, dass ich keine fachlichen Weisungen von den Organen der juristischen Person oder der der Geschäftsleitung entgegennehme.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift

**Bestätigung Arbeitgeber**

Die Organe der juristischen Person bzw. die Geschäftsleitung und Vorgesetzten üben keinen Einfluss auf die Berufsausübung der in fachlicher Eigenverantwortung tätigen angestellten Personen aus.

.....  
Ort und Datum

.....  
Für die Trägerschaft /  
Inhaberin/Inhaber des Betriebs