



### Bewilligungsgesuch für Stellvertretungen von Gesundheitsberufen

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Akupunkteur/in       | <input type="checkbox"/> Komplementär- und Alternativmedizin | <input type="checkbox"/> Osteopath/in         |
| <input type="checkbox"/> Dentalhygieniker/in  | <input type="checkbox"/> Leiter/in med. Labor                | <input type="checkbox"/> Pflegefachfrau/-mann |
| <input type="checkbox"/> Drogist/in           | <input type="checkbox"/> Med. Logopäde/in                    | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in   |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in     | <input type="checkbox"/> Med. Masseur/in                     | <input type="checkbox"/> Podologe/in          |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsberater/in | <input type="checkbox"/> Optometrist/in                      | <input type="checkbox"/> Rettungssanitäter/in |
| <input type="checkbox"/> Hebamme              |  |   |

#### 1. Personalien

Vorname .....	Familienname ..... Früherer/lediger Name .....
Geburtsdatum .....	Staatsangehörigkeit .....
<b>Privatadresse:</b> Strasse .....	PLZ/Ort .....
Telefon .....	E-Mail .....

#### 2. Angaben zur bisherigen beruflichen Tätigkeit

Sind aufgrund Ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit aufsichtsrechtliche oder strafrechtliche Verfahren hängig bzw. wurde Ihnen die Berufsausübungsbewilligung in einem anderen Kanton bzw. in einem anderen Staat jemals verweigert oder entzogen bzw. wurde Ihnen in einem anderen Kanton bzw. in einem anderen Staat ein Berufsverbot auferlegt (auch, falls nur vorübergehend)?

- ja (bitte ausführliche Dokumentation einreichen)       nein

**Die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben bestätigt:**

Ort und Datum

Unterschrift Stellvertreterin/Stellvertreter

.....

.....

**3. Gesuchstellende Praxis**

Praxisname .....	Name Bewilligungsinhaber .....
Strasse / Hausnummer .....	PLZ/Ort .....
Telefon .....	E-Mail .....
Homepage .....	Dauer der Stellvertretung (Datumsangabe) von.....bis.....

Ort und Datum

Unterschrift Bewilligungsinhaber/in

.....

.....

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.

**Sie verfügen über eine aktuell gültige Berufsausübungsbewilligung eines anderen Kantons**

Folgende Unterlagen sind einzureichen:

1. Lebenslauf
2. Aktuelle berufliche Unbedenklichkeitserklärung (certificate of good standing) der Aufsichtsbehörde im Niederlassungskanton (im Original, nicht älter als 3 Monate)
3. Auszug aus dem Zentralstrafregister (**nicht älter als 3 Monate**) [www.strafregister.admin.ch](http://www.strafregister.admin.ch)
4. Lesbare Fotokopie mit erkennbarem Foto eines amtlichen Ausweises (Pass, ID, Führerschein)

**Erstbewilligung**

Folgende Unterlagen sind einzureichen:

1. Lebenslauf
2. Arbeitszeugnis
3. Auszug aus dem Zentralstrafregister (nicht älter als 3 Monate) [www.strafregister.admin.ch](http://www.strafregister.admin.ch)
4. Lesbare Fotokopie mit erkennbarem Foto eines amtlichen Ausweises (Pass, ID, Führerschein)

Für Nichtschweizer Staatsangehörige gilt zu beachten, dass allfällige Arbeits-/Aufenthaltsbewilligungen bei den entsprechenden Behörden einzuholen sind.

**Kontaktperson Amt für Gesundheit**

Karin Müller

Assistentin des Kantonsarztes

Tel. 041 728 35 11

E-Mail: [karin.mueller@zg.ch](mailto:karin.mueller@zg.ch)