



Bewilligungen
Malzgasse 30
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 95 26
E-Mail: bewilligungen-bs@hin.ch
www.medizinischdienste.bs.ch

Gesuch um Verlängerung einer befristeten Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung in nicht ärztlicher Alternativ- und Komplementärmedizin

Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht m w

Staatsangehörigkeit

Bürgerort / Kanton
(bei Ausländern: Geburtsort/-land)

Zivilstand

Wohnadresse

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

Telefon

Mobil

Mailadresse

Sprachen

Deutsch

Französisch

Italienisch

Englisch

weitere

Daten zur Praxis

Name der Praxis

Eigentümer

Rechtsform (GmbH, AG oder Einzelgesellschaft)

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

Mailadresse

Website

Praxisart (z.B. Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis)

Praxisart

Praxisdaten

Verbindliches Datum der Tätigkeitsaufnahme

Beschäftigungsgrad des Gesuchstellers

Pensum

Tätigkeitsgebiete in der Praxis

Welches sind die Tätigkeitsgebiete der Praxis?

Naturheilpraktikerin mit eidgenössischem Diplom/Naturheilpraktiker mit eidgenössischem Diplom in:

- | | | |
|--|----|------|
| • Ayurveda-Medizin | ja | nein |
| • Homöopathie | ja | nein |
| • Traditionelle Chinesische Medizin TCM | | |
| – Akupunktur | ja | nein |
| – Chinesische Phytotherapie | ja | nein |
| • Traditionelle Europäische Naturheilkunde TEN | ja | nein |
| • Andere | ja | nein |

Wenn andere, bitte angeben welche

Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

1. Verfügen Sie schon über eine Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung in nicht ärztlicher Alternativ- und Komplementärmedizin?

Berufsausübung in einem oder mehreren anderen Kanton(en)/Land/Ländern ja nein

Kanton/e

Land/Länder

2. Wurde Ihnen in einem anderen Kanton/Land die Bewilligung eingeschränkt, verweigert oder entzogen?

ja nein

 Falls ja, bitte auf separatem Blatt erläutern

3. Haben Sie bis zu diesem Datum schon in einem anderen Kanton/Land ein Gesuch um Erteilung einer Bewilligung gestellt, ohne dass es zu einer Bewilligungserteilung gekommen ist?

ja nein

4. Laufen Verfahren gegen Sie in einem anderen Kanton/Land (Aufsichtsrechtliche Verfahren, Strafverfahren, Haftpflicht- oder Zivilverfahren) in Bezug auf die berufliche Tätigkeit?

ja nein

 Falls ja, bitte auf separatem Blatt erläutern

Die/der Unterzeichnete bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass die eingeforderten und gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort und Datum

Stempel/Unterschrift

Beilagen zum Gesuch um Verlängerung einer befristeten Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung in nicht ärztlicher Alternativ- und Komplementärmedizin

Für eine befristete Bewilligung im Rahmen der Berufspraxis unter Mentorat:
Kopie des Mentoratsvertrags <https://www.oda-am.ch/de/home/>
