



Rechtsdienst

## Gesuch Berufsausübungsbewilligung und um Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung

### Zahnärztin/Zahnarzt

Allgemeine Informationen zum Gesundheitsrecht und zu den Bewilligungen erhalten Sie unter <https://www.sg.ch/gesundheits-soziales/gesundheits.html>.

Individuelle Auskünfte zur Bewilligungspflicht und zum Bewilligungsverfahren erhalten Sie unter [info.gdrd@sg.ch](mailto:info.gdrd@sg.ch) oder telefonisch unter 058 229 35 79

#### 1. Art des Gesuchs

Berufsausübungsbewilligung **oder**  90-Tage-Meldung **und**  OKP-Berechtigung<sup>1</sup>  
**oder nur**  OKP-Berechtigung

#### 2. Angaben zur Person

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ E-Mail privat<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
GLN<sup>3</sup> \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Geschlecht  weiblich  männlich  
Sprachkenntnisse Deutsch  Niveau B2  Muttersprache/Ausbildungssprache<sup>4</sup>

#### 3. Angaben zum zukünftigen Arbeitsort und Arbeitsverhältnis

selbständig  angestellt  
Name und Art<sup>5</sup> der Arbeitsstätte \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon Geschäft \_\_\_\_\_ E-Mail Geschäft<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
Webseite \_\_\_\_\_  
Tätigkeitsbeginn \_\_\_\_\_

Wenn die Tätigkeit selbständig ausgeübt wird:

Neueröffnung  Praxisübernahme  Eintritt in Gemeinschaftspraxis  anderes: \_\_\_\_\_

**Falls Sie bereits eine Berufsausübungsbewilligung für den Kanton St.Gallen haben und nur eine OKP-Zulassung oder eine OKP-Bestätigung<sup>6</sup> beantragen, können Sie direkt bei Ziffer 5 weitermachen.**

<sup>1</sup> Bestätigung oder formelle Zulassung als Leistungserbringerin oder Leistungserbringer zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

<sup>2</sup> Wir bitten Sie eine sichere E-Mail-Adresse anzugeben, über die besonders schützenswerte Personendaten verschickt werden können.

<sup>3</sup> Global Location Nummer (GLN) gemäss Medizinalberuferegister ([www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch)).

<sup>4</sup> Deutsch gilt als Ausbildungssprache, wenn das Diplom als Zahnärztin/Zahnarzt auf Deutsch erworben wurde oder Deutsch Grundlagenfach der schweizerischen gymnasialen Matur war.

<sup>5</sup> Zahnarztpraxis, Zahnärztliches Institut, Beratungsstelle, MEDAS, usw.

<sup>6</sup> Für angestellte Personen, die nicht über eine eigene ZSR-Nummer abrechnen, aber eine Bestätigung benötigen, dass sie die OKP-Zulassungsvoraussetzungen erfüllen.

#### 4. Weitere Angaben zur Berufsausübungsbewilligung

Wird eine Frage bejaht, sind hierzu nähere Angaben zu machen und zu belegen.

- Werden Sie implantologische Arbeiten ausführen? (Ausbildungsnachweis erforderlich, vgl. Ziffer 6 «Beilagen»)  ja  nein
- Leiden oder litten Sie an einer Suchterkrankung (Drogen, Medikamenten oder Alkohol)?  ja  nein
- Haben oder hatten Sie andere physische oder psychische Einschränkungen, die sich auf Ihre Tätigkeit als Zahnärztin/ Zahnarzt auswirken können?  ja  nein
- Wurde Ihnen in einem anderen Kanton oder Staat die Berufsausübungsbewilligung verweigert oder entzogen?  ja  nein
- Ist in einem anderen Kanton oder Staat gegen Sie ein Verfahren mit Bezug auf Ihre berufliche Tätigkeit hängig, insbesondere ein aufsichtsrechtliches Verfahren, ein Strafverfahren oder ein Haftpflichtfall?  ja  nein

#### 5. Angaben betreffend Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Erbringen Sie Leistungen, die zulasten der OKP abgerechnet werden?  ja  nein

**Falls «nein», können Sie direkt bei Ziffer 6 «Beilagen» weitermachen.**

- Waren Sie mindestens drei Jahre in einer schweizerischen Zahnarztpraxis oder einem schweizerischen zahnärztlichen Institut **praktisch** tätig?  ja  nein
- Geben Sie die entsprechenden Zahnarztpraxen oder zahnärztlichen Institute an:

| Name und Ort der Praxis und Ihre Funktion | Beschäftigungsdauer (von...bis) | Beschäftigungsgrad |
|-------------------------------------------|---------------------------------|--------------------|
| _____                                     | _____                           | _____              |
| _____                                     | _____                           | _____              |
| _____                                     | _____                           | _____              |

Erbringen Sie die zahnärztlichen Leistungen zulasten der OKP selbständig und auf eigene Rechnung (=Abrechnung über eigene ZSR-Nummer)?  ja  nein

**Falls «nein», können Sie direkt bei Ziffer 6 «Beilagen» weitermachen.**

#### Angaben zu den Qualitätsanforderungen nach Art. 58g der Verordnung über die Krankenversicherung [SR 832.102; abgekürzt KVV]

- Verfügen Sie über ein Qualitätsmanagementsystem (QMS)?  ja  nein
  - Wurde das QMS zertifiziert?  ja<sup>8</sup>  nein
  - Besteht ein Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG zwischen Ihrem Berufsverband und den Krankenversicherern?  ja  nein  weiss nicht
  - Falls ja, entspricht Ihr QMS diesem Qualitätsvertrag?  ja  nein  weiss nicht
  - Verfügen Sie über die Ausstattung, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen?  ja  nein  weiss nicht
- Verfügen Sie über ein internes Berichts- und Lernsystem, mit dem kritische Ereignisse<sup>7</sup> dokumentiert und analysiert werden (Critical Incident Report System [CIRS])?  ja<sup>8</sup>  nein  weiss nicht
- Gibt es in Ihrem Tätigkeitsfeld ein gesamtschweizerisch einheitliches Netzwerk zur Meldung von kritischen Ereignissen und haben Sie sich diesem Netzwerk angeschlossen?  ja  nein  weiss nicht
- Beschäftigen Sie Personal? (Medizinisches, pflegerisches oder administratives Personal)  
Falls ja, führen Sie die angestellten Personen nachfolgend auf:

| Name und Vorname | Funktion und Ausbildung | Beginn der Anstellung und Beschäftigungsgrad |
|------------------|-------------------------|----------------------------------------------|
| _____            | _____                   | _____                                        |
| _____            | _____                   | _____                                        |
| _____            | _____                   | _____                                        |

<sup>7</sup> Fehler, Unfälle und ähnliches, die zu einem Schaden geführt haben oder zu einem Schaden hätten führen können.

<sup>8</sup> Beleg einreichen

## 6. Beilagen

Anzahl

- Kopie der Identitätskarte oder des Ausländerausweises (beide Seiten) \_\_\_\_\_
- Berufsausübungsbewilligungen anderer Kantone (es sind Kopien aller aktiven und inaktiven BAB einzureichen) \_\_\_\_\_
- Belege zu den weiteren Angaben zur Berufsausübungsbewilligung (falls oben in Ziffer 4 eine Frage bejaht wurde) \_\_\_\_\_
- Zusätzlich für Gesuchstellerinnen/Gesuchsteller, die noch **keine** Berufsausübungsbewilligung eines anderen Kantons haben (= erstmaliges BAB-Gesuch)
  - Strafregisterauszug (elektronischer, digital signierter Auszug<sup>9</sup>, höchstens drei Monate alt) \_\_\_\_\_
  - Arbeitszeugnis der letzten Arbeitgeberin oder des letzten Arbeitgebers \_\_\_\_\_
  - Lebenslauf mit allen beruflichen Tätigkeiten \_\_\_\_\_
- Zusätzlich für Gesuchstellerinnen/Gesuchsteller, die Leistungen zulasten OKP erbringen
  - Belege für drei Jahre praktische Tätigkeit in einer schweizerischen Zahnarztpraxis oder einem schweizerischen zahnärztlichen Institut \_\_\_\_\_
- Zusätzlich für Gesuchstellerinnen/Gesuchsteller, die Leistungen zulasten OKP selbständig und auf eigene Rechnung erbringen (=eigene ZSR-Nummer)
  - Beleg über die Zertifizierung des QMS (falls zertifiziertes QMS vorhanden) \_\_\_\_\_
  - Kopie des Qualitätsvertrags einreichen oder Internet-Link angeben, falls der Qualitätsvertrag öffentlich zugänglich ist. \_\_\_\_\_
  - Belege zum Berichts- und Lernsystem (falls Berichts- und Lernsystem vorhanden) \_\_\_\_\_
- Zusätzlich für Gesuchstellerinnen/Gesuchsteller, die implantologische Arbeiten ausführen möchten
  - Beleg über Fortbildungen in Implantologie \_\_\_\_\_

## 7. Rechnungsadresse für die Bewilligungsgebühr

Praxis <sup>10</sup>     Privatadresse     Hauptsitz (Adresse?): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Die/der Unterzeichnende bestätigt, dieses Gesuch wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben, und ermächtigt den Rechtsdienst des Gesundheitsdepartementes, bei den Bewilligungsbehörden anderer Kantone Auskünfte zur Vertrauenswürdigkeit des Gesuchstellers/der Gesuchstellerin einzuholen.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Wünschen Sie zusätzlich zur schriftlichen Berufsausübungsbewilligung ein Bewilligungszertifikat\*?  ja

\* Das Zertifikat kostet Fr. 50.– zusätzlich zur Bewilligungsgebühr.

Bitte reichen Sie das unterzeichnete Gesuch und die Beilagen **per E-Mail** als PDF ein an: [bewilligungen.gdrd@sg.ch](mailto:bewilligungen.gdrd@sg.ch)

<sup>9</sup> Bei *ehemaligem* oder *aktuellem* Wohnsitz im Ausland sind Strafregisterauszüge aller Aufenthaltsstaaten der letzten 5 Jahre beizulegen.

Der Schweizer Strafregisterauszug kann bestellt werden unter: [https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/privatauszug\\_de](https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/privatauszug_de)

<sup>10</sup> Gesuch muss über Arbeitgeber eingereicht werden.