



Dieses Formular ist einzureichen an:

info.kantonsarztamt@sg.ch

Fax: 058 229 46 09

Amtsärztliche Bestätigung über den Gesundheitszustand für die selbständige Berufsausübung als Person eines universitären Medizinalberufes im Alter von ≥ 70 Jahre*

1. Personalien der Bewilligungsinhaberin / des Bewilligungsinhabers

Name, Vorname: _____

Geschlecht: m / w

Geburtsdatum: _____

Wohnadresse: _____

Praxisadresse: _____

2. Angaben zur Berufsfähigkeit

2.1 Medizinalberuf: Arzt Apotheker Zahnarzt Tierarzt Chiropraktor

2.2 Wenn Ärztin/Arzt: Ärztliche Tätigkeit: Facharzt für _____

Wohnadresse: Strasse, PLZ, Ort:

Operative Tätigkeit über 10% der gesamten ärztlichen Tätigkeit; welche?

* Gesetzessammlung des Kantons St.Gallen, Verordnung über die Ausübung der medizinischen Berufe, Artikel 9: «Wer das 70. Altersjahr vollendet hat und den medizinischen Beruf weiterhin ausüben möchte, reicht der Vollzugsbehörde (gemeint ist hier das Gesundheitsdepartement) bei Erreichen der Altersgrenze und danach alle drei Jahre einen durch eine Amtsärztin oder einen Amtsarzt erstellten Nachweis der physischen und psychischen Gesundheit ein.»

3. Angaben der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

3.1 Liegt eine somatische Erkrankung bzw. eine Behinderung vor, welche die Praxistätigkeit offensichtlich in Frage stellt (z.B. Gefässerkrankung des Cerebrums, M. Parkinson, Erkrankungen der Wahrnehmungsorgane)?

Nein

Ja Diagnose: _____

Krankheitsverlauf und Therapie:

3.2 Liegt eine psychische oder funktionelle Erkrankung bzw. Behinderung vor, welche die Praxistätigkeit offensichtlich in Frage stellt (z.B. Manisch-depressives Kranksein, Demenzielle Entwicklung, Sucht)?

Nein

Ja Diagnose: _____

Krankheitsverlauf und Therapie:

3.3 Haben sich bei der Abklärung Hinweise ergeben, welche die Praxistätigkeit aus anderen Gründen (z.B. Vertrauenswürdigkeit) in Frage stellen?

Nein

Ja Diagnose: _____

Bemerkungen:

4. Zusammenfassung

Die von mir untersuchte Person:

- Kann meiner Meinung nach als Medizinalperson ihren Beruf weiterhin vollumfänglich ausüben.
- Kann den Beruf nur noch teilweise ausüben. Grund: _____
- Kann ihren Beruf nicht mehr ausüben.
- Benötigt eine ärztliche Spezialuntersuchung bei: _____

5. Datum der Untersuchung

Ort und Datum:

Unterschrift Gesuchsteller/in:

Bestätigung eines vorgängigen ärztlichen Beratungsgesprächs:

Ort und Datum:

Unterschrift Arzt/Ärztin:

Unterschrift Gesuchsteller/in:
