



**Rechtsdienst**

## Gesuch Betriebsbewilligung Medizinisches Institut

Bitte reichen Sie dieses Formular zusammen mit den erforderlichen Beilagen an nebenstehende Adresse ein. Die Beilagen können als Kopien eingereicht werden. Bitte nummerieren Sie die Beilagen und tragen Sie die Nummern in der dafür vorgesehenen Spalte ein.

Gesundheitsdepartement  
Rechtsdienst  
Oberer Graben 32  
9001 St.Gallen  
T 058 229 35 79  
F 058 229 21 27  
info.gdrd@sg.ch  
www.gesundheit.sg.ch

**Gesuchsteller /-in** \_\_\_\_\_ **Beilage Nr.**

Name / Firma<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
evtl. Homepage \_\_\_\_\_

**Einrichtung** \_\_\_\_\_ **Beilage Nr.**

Name \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Betriebsart \_\_\_\_\_  
Betriebszweck<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
Organigramm<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

**Unterlagen Leiter /-in und Stellvertreter /-in** \_\_\_\_\_ **Beilage Nr.**

Name Leiter /-in \_\_\_\_\_

fachliche und persönliche Qualifikationen: Medizinalberuf: \_\_\_\_\_  
– Kopie kant. Berufsausübungsbewilligung  
  
Beruf der Gesundheitspflege: \_\_\_\_\_  
– Kopie kant. Berufsausübungsbewilligung **oder**  
Formular *Gesuch Berufsausübungsbewilligung*<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

Name Stellvertreter /-in \_\_\_\_\_

Nachweis fachliche und persönliche Qualifikationen: Medizinalberuf: \_\_\_\_\_  
– Kopie kant. Berufsausübungsbewilligung  
  
Beruf der Gesundheitspflege: \_\_\_\_\_  
– Kopie kant. Berufsausübungsbewilligung **oder**  
Formular *Gesuch Berufsausübungsbewilligung*<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

## Unterlagen weitere Mitarbeitende

Kopie kant. Berufsausübungsbewilligungen **oder** unterzeichnetes Formular *Mitarbeitende privater Einrichtungen der Gesundheitspflege*<sup>5</sup> (pro Person ist ein Formular erforderlich) \_\_\_\_\_

## Weitere Angaben

Bauliche Situation (Kopie Grundriss mit Bezeichnung von Raumfunktion und Geräten) \_\_\_\_\_

Nachweis Betriebshaftpflichtversicherung<sup>6</sup> \_\_\_\_\_

Einrichtungen und Apparaturen entsprechen dem üblichen Standard und werden von hierzu ausgebildeten Personen bedient

ja  nein

Lief zu einem früheren Zeitpunkt oder läuft derzeit ein Betriebsbewilligungsverfahren in einem anderen Kanton/Staat?\*

ja  nein

Wurde Ihnen in einem anderen Kanton/Staat die Betriebsbewilligung verweigert oder entzogen oder haben Sie auf die Betriebsbewilligung verzichtet?\*

ja  nein

Liefen oder laufen derzeit Verfahren gegen den Betrieb oder seine Organe (Aufsichtsrechtliche Verfahren, Straf- oder Zivilverfahren, wie insbesondere Haftpflicht-, Schuldbeitrags- oder Konkursverfahren) mit Bezug zur betrieblichen Tätigkeit?\*

ja  nein

\* wurde mind. eine Frage bejaht, ist eine schriftliche Auskunft unter Beilage der Akten erforderlich.

**Bitte reichen Sie das Gesuch vollständig und unter Beachtung der folgenden Endnoten ein. Unvollständige Gesuche können höhere Bearbeitungsgebühren zur Folge haben.**

Ort, Datum

Unterschrift

---

<sup>1</sup> Handelsregisterauszug

<sup>2</sup> Beschrieb Leistungsangebot

<sup>3</sup> Organigramm-Darstellung mit Namen und Funktion der Mitarbeitenden

<sup>4</sup> Link Formulare Gesuch Berufsausübungsbewilligung

<sup>5</sup> Link Formular Mitarbeitende privater Einrichtungen der Gesundheitspflege

<sup>6</sup> Bestätigung der Versicherungsgesellschaft, dass eine Versicherungsdeckung für die von der Einrichtung angebotenen Dienstleistungen besteht (Mindestumfang CHF 3 Mio. pro Ereignis / CHF 5 Mio. pro Jahr)