



Rechtsdienst

## Gesuch Berufsausübungsbewilligung und um Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung

### Gesundheitsberufe

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

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeutin/Ergotherapeut         | <input type="checkbox"/> Logopädin/Logopäde                | <input type="checkbox"/> Podologin/Podologe |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsberaterin/Ernährungsberater | <input type="checkbox"/> Pflegefachfrau/Pflegefachmann     |   |
| <input type="checkbox"/> Hebamme/Entbindungspfleger            | <input type="checkbox"/> Physiotherapeutin/Physiotherapeut |   |

#### 2. Art des Gesuchs

- Berufsausübungsbewilligung oder  90-Tage-Meldung  
 OKP-Zulassung (für selbständig Erwerbende)  
 Meldung neue Mitarbeitende

#### 3. Angaben zur Person

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ E-Mail privat<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

GLN<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geschlecht  weiblich  männlich

Sprachkenntnisse Deutsch  Niveau B2  Muttersprache/Ausbildungssprache<sup>3</sup>

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

selbständig  angestellt

Name und Art<sup>4</sup> der Arbeitsstätte \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft \_\_\_\_\_ E-Mail Geschäft<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

Webseite \_\_\_\_\_

Tätigkeitsbeginn \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Wir bitten Sie eine sichere E-Mail-Adresse anzugeben, über die besonders schützenswerte Personendaten verschickt werden können.

<sup>2</sup> Global Location Nummer (GLN) gemäss dem nationalen Register der Gesundheitsberufe ([www.nareg.ch](http://www.nareg.ch)).

<sup>3</sup> Deutsch gilt als Ausbildungssprache, wenn der Berufsabschluss auf Deutsch erworben wurde oder Deutsch Grundlagenfach der schweizerischen gymnasialen Matur war.

<sup>4</sup> Gesundheitspraxis, Spital, Pflegeheim, Privater Spitex-Betrieb, Geburtshaus, Beratungsstelle, usw.

Wenn die selbständige Tätigkeit in einer ambulanten Einrichtung/Praxis 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>5</sup> beantragen, können Sie direkt bei Ziffer 6 weitermachen.**

## 5. Weitere Angaben zur Berufsausübungsbewilligung

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

- 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 berufliche Tätigkeit 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

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

Erbringen Sie Leistungen, die zulasten der OKP abgerechnet werden (ohne Leistungen als Angestellte/Angestellter eines Spitals/Pflegeheims)?  ja    nein

**Falls «nein», können Sie direkt bei Ziffer 7 «Beilagen» weitermachen.**

- Waren Sie mindestens zwei Jahre **praktisch** tätig bei einer Arbeitgeberin/einem Arbeitgeber, die/der in ihrem Berufsfeld als Leistungserbringerin/Leistungserbringer zulasten der OKP zugelassen ist?  ja    nein

Geben Sie die entsprechenden Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber an:

Name der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers und Ort der Tätigkeit, sowie bei Spitälern Name der Leitung Ihres Fachbereichs	ZSR-Nummer ArbeitgeberIn	Beschäftigungsdauer (von...bis)	Beschäftigungsgrad
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

**Falls «nein», können Sie direkt bei Ziffer 7 «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    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>6</sup> dokumentiert und analysiert werden (Critical Incident Report System [CIRS])?  ja    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? (Gesundheitsberufe oder administratives Personal)  ja    nein

Falls ja, führen Sie die angestellten Personen nachfolgend auf:

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

<sup>5</sup> Für angestellte Personen, die nicht über eine eigene ZSR-Nummer abrechnen, aber eine Bestätigung benötigen, dass sie die OKP-Zulassungsvoraussetzungen erfüllen.

<sup>6</sup> Fehler, Unfälle und ähnliches, die zu einem Schaden geführt haben oder zu einem Schaden hätten führen können.

## 7. 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 5 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>7</sup>, höchstens drei Monate alt) \_\_\_\_\_
  - Arbeitszeugnis der letzten Arbeitgeberin oder des letzten Arbeitgebers \_\_\_\_\_
  - Lebenslauf mit allen beruflichen Tätigkeiten \_\_\_\_\_
  - Diplom (sofern nicht im NAREG/Register der Gesundheitsberufe eingetragen) \_\_\_\_\_
- Zusätzlich für Gesuchstellerinnen/Gesuchsteller, die Leistungen zulasten OKP erbringen
  - Belege für zwei Jahre praktische Tätigkeit bei Arbeitgeberinnen/ Arbeitgebern, die ihrerseits die OKP-Zulassungsvoraussetzungen erfüllen \_\_\_\_\_
- 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) \_\_\_\_\_

### • Rechnungsadresse für die Bewilligungsgebühr

- Praxis<sup>8</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 Mail** als PDF ein an: [bewilligungen.gdrd@sg.ch](mailto:bewilligungen.gdrd@sg.ch)

<sup>7</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>8</sup> Gesuch muss über Arbeitgeber eingereicht werden.