



**Rechtsdienst**

## 90-Tage-Dienstleistungserbringer: Meldeformular

Bitte reichen Sie dieses Formular zusammen mit den erforderlichen Beilagen an nebenstehende Adresse ein. Die Beilagen können als Kopien eingereicht werden, **soweit nicht ausdrücklich ein Original verlangt wird**. 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

Weitere Informationen finden Sie unter:  
<http://www.sg.ch/home/gesundheit/rechtsdienst.html>.

### Personalien

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

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

Telefon Privat \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_

\* Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass die Kommunikation über E-Mail infolge technischer Mängel des Internets weder sicher noch vertraulich ist. Mit der Angabe einer Mailadresse erklären Sie Ihr Einverständnis, dass das Gesundheitsdepartement im Gesuchsverfahren per E-Mail mit Ihnen korrespondieren darf und im Zusammenhang mit dem E-Mailverkehr vom Amtsgeheimnis entbunden wird.

evtl. Homepage \_\_\_\_\_

Beabsichtigen Sie, Ihre im Kanton St.Gallen erbrachten Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abzurechnen?  ja  nein

Bitte beachten Sie, dass aufgrund der im Kanton St.Gallen geltenden Zulassungssteuerung bei einer geplanten Abrechnungstätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine **kostenpflichtige Zulassungsprüfung** im Sinn von Art. 55a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10) durch das Gesundheitsdepartement vorgenommen wird (siehe Beilagen).

### Beilagen

### Beilage Nr.

Kopien Pass oder Identitätskarte (beide Seiten) \_\_\_\_\_

Berufsausübungsbewilligung(en) anderer Kantone \_\_\_\_\_

Lebenslauf (Nur erforderlich, sofern Sie beabsichtigen, Leistungen zulasten der OKP abzurechnen) \_\_\_\_\_

Ich bin einverstanden, dass den von mir behandelten Patientinnen und Patienten die Angaben zu meiner Berufshaftpflichtversicherung herausgegeben werden dürfen.  ja  nein

### Angaben zur Praxis

Neueröffnung       Praxisübernahme       Eintritt in Gemeinschaftspraxis       angestellt

Adresse der Praxis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Weitere Angaben

Bestehen derzeit physische oder psychische Beeinträchtigungen?\*  ja  nein

Besteht derzeit eine Abhängigkeit von Drogen, Medikamenten oder Alkohol?\*  ja  nein

Wurde Ihnen in einem anderen Kanton/Staat die Berufsausübungsbewilligung verweigert oder entzogen oder haben Sie auf Ihre Berufsausübungsbewilligung verzichtet?\*  ja  nein

Haben Sie in einem anderen Kanton/Staat die Berufsausübungsbewilligung beantragt, das Gesuch in der Folge jedoch zurückgezogen oder sonst wie auf einen Entscheid verzichtet?  ja  nein

Liefen oder laufen derzeit Verfahren gegen Sie in einem anderen Kanton/Staat (Aufsichtsrechtliche Verfahren, Straf-, Haftpflicht- oder Zivilverfahren) mit Bezug zu Ihrer beruflichen Tätigkeit?\*  ja  nein

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

**Bitte reichen Sie die Meldung vollständig ein. Unvollständige Meldungen können längere Bearbeitungszeiten zur Folge haben.**

Die/der Unterzeichnende bestätigt, diese Gesuchsunterlagen vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben:

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

Unterschrift \_\_\_\_\_