



Kantonsarztamt

Gesuch Stellvertreterbewilligung Praxis Ärztin / Arzt und Zahnärztin / Zahnarzt

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
Oberer Graben 32
9001 St.Gallen
T 058 229 35 64
F 058 229 46 09
info.kantonsarztamt@sg.ch
www.gesundheit.sg.ch

Vertretene Arzt- oder Zahnarztperson

Vorname, Name _____
Praxisadresse _____
Telefon / E-Mail _____

Stellvertreter /-in

Vorname, Name¹ _____
Adresse _____
Telefon / E-Mail _____

Qualifikationen Stellvertreter /-in

Beilage Nr.

Berufsausübungsbewilligung des Kantons St. Gallen **oder**
folgende Unterlagen:

- Diplom², evtl. Dokortitel
- Weiterbildungstitel²
- Strafregisterauszug³ (Original, höchstens sechs Monate alt)
- Curriculum

Dauer der Stellvertretung

Beginn	Ende	Grund der Stellvertretung
von _____	bis _____	_____
von _____	bis _____	_____
von _____	bis _____	_____

Ort, Datum

Unterschrift der vertretenen Arzt- oder Zahnarztperson

¹ Fotokopien Pass, Identitätskarte (beide Seiten) sowie Ausländerausweis (falls vorhanden)

² bei ausländischen Dokumenten zusätzlich Anerkennungsbestätigung der Medizinalberufekommission MEBEKO, Bern

³ bestellbar unter https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/strafregister_de; bei aktuellem oder ehemaligem Wohnsitz im Ausland: Leumundszeugnis des Aufenthaltsstaates