



Rechtsdienst

## Gesuch Berufsausübungsbewilligung und um Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung

### Ärztin/Arzt

Allgemeine Informationen zum Gesundheitsrecht und zu den Bewilligungen erhalten Sie unter <https://www.sg.ch/gesundheits-soziales/gesundheits.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. Art des Gesuchs

Berufsausübungsbewilligung **oder**  90-Tage-Meldung **und**  OKP-Berechtigung<sup>1</sup>  
**oder nur**  OKP-Berechtigung

#### 2. Angaben zur Person

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ E-Mail privat<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
GLN<sup>3</sup> \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Geschlecht  weiblich  männlich  
Sprachkenntnisse Deutsch  Niveau B2  Niveau C1  Muttersprache/Ausbildungssprache<sup>4</sup>

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

selbständig  angestellt  
Name und Art<sup>5</sup> der Arbeitsstätte \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon Geschäft \_\_\_\_\_ E-Mail Geschäft<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
Webseite \_\_\_\_\_  
Tätigkeitsbeginn \_\_\_\_\_

Wenn die Tätigkeit in einer ambulanten Einrichtung/Praxis ausgeübt wird:

Neueröffnung  Praxisübernahme  Eintritt in Gemeinschaftspraxis  anderes: \_\_\_\_\_

Wenn die selbständige Tätigkeit in einem Spital ausgeübt wird:

• Sind Sie auch im ambulanten Bereich des Spitals tätig?  ja  nein  
Falls ja, in welchem Umfang? (Angabe in Std./Woche, geschätzt): \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Bestätigung oder formelle Zulassung als Leistungserbringerin oder Leistungserbringer zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

<sup>2</sup> Wir bitten Sie eine sichere E-Mail-Adresse anzugeben, über die besonders schützenswerte Personendaten verschickt werden können.

<sup>3</sup> Global Location Nummer (GLN) gemäss Medizinalberuferegister ([www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch)).

<sup>4</sup> Deutsch gilt als Ausbildungssprache, wenn das Diplom als Ärztin/Arzt auf Deutsch erworben wurde oder Deutsch Grundlagenfach der schweizerischen gymnasialen Matur war.

<sup>5</sup> Arztpraxis, Spital, Beratungsstelle, MEDAS, usw.

Falls Sie bereits eine Berufsausübungsbewilligung für den Kanton St.Gallen haben und nur eine OKP-Zulassung oder eine OKP-Bestätigung<sup>6</sup> beantragen, können Sie direkt bei Ziffer 5 weitermachen.

#### 4. Weitere Angaben zur Berufsausübungsbewilligung

Wird eine Frage bejaht, sind hierzu nähere Angaben zu machen und zu belegen (vgl. Ziffer 6 «Beilagen»).

- 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 Tätigkeit als Ärztin/ Arzt 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

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

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

Falls «nein», können Sie direkt bei Ziffer 6 «Beilagen» weitermachen.

- In welchen Fachgebieten (gemäss Liste Facharzttitel SIWF) werden Sie Leistungen zulasten der OKP erbringen?  

---
- Haben Sie drei Jahre je Fachgebiet an einer anerkannten schweiz. Weiterbildungsstätte gearbeitet?  ja  nein

Falls Sie die Facharzttitel in den oben genannten Fachgebieten nicht vollständig in der Schweiz erworben haben, geben Sie alle schweizerischen Weiterbildungsstätten an, an denen Sie bisher gearbeitet haben:

Name und Ort sowie Fachgebiet und Funktion	Beschäftigungsdauer (von...bis)	Beschäftigungsgrad
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

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

Falls «nein», können Sie direkt bei Ziffer 6 «Beilagen» weitermachen.

#### Angaben zu den Qualitätsanforderungen nach Art. 58g der Verordnung über die Krankenversicherung [SR 832.102; abgekürzt KVV] und zum elektronischen Patientendossier

- Welcher zertifizierten (Stamm-)Gemeinschaft nach Art. 11 des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (SR 816.1; EPDG) sind Sie angeschlossen?  

---
- Verfügen Sie über ein Qualitätsmanagementsystem (QMS)?  ja  nein
  - Wurde das QMS zertifiziert?  ja<sup>8</sup>  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>7</sup> dokumentiert und analysiert werden (Critical Incident Report System [CIRS])?  ja<sup>8</sup>  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

<sup>6</sup> Für angestellte Personen, die nicht über eine eigene ZSR-Nummer abrechnen, aber eine Bestätigung benötigen, dass sie die OKP-Zulassungsvoraussetzungen erfüllen.

<sup>7</sup> Fehler, Unfälle und ähnliches, die zu einem Schaden geführt haben oder zu einem Schaden hätten führen können.

<sup>8</sup> Beleg einreichen

- Beschäftigen Sie Personal? (Medizinisches, pflegerisches 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
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## 6. 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 4 eine Frage bejaht wurde)   | _____  |
| • Zusätzlich für Gesuchstellerinnen/Gesuchsteller, die noch <b>keine</b> Berufsausübungsbewilligung eines anderen Kantons haben (= erstmaliges BAB-Gesuch)   |        |
| ○ Strafregisterauszug (elektronischer, digital signierter Auszug <sup>9</sup> , höchstens drei Monate alt)   | _____  |
| ○ Arbeitszeugnis der letzten Arbeitgeberin oder des letzten Arbeitgebers   | _____  |
| ○ Lebenslauf mit allen beruflichen Tätigkeiten   | _____  |
| • Zusätzlich für Gesuchstellerinnen/Gesuchsteller, die Leistungen zulasten OKP erbringen   |        |
| ○ Beleg für Tätigkeiten an anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätten (falls Sie ihren Facharzttitel nicht vollständig in der Schweiz erworben haben) | _____  |
| ○ Nachweis Deutschkenntnisse, falls Deutsch nicht Muttersprache/Ausbildungssprache ist (Beleg über eine in der Schweiz abgelegte Sprachprüfung)              | _____  |
| • Zusätzlich für Gesuchstellerinnen/Gesuchsteller, die Leistungen zulasten OKP selbständig und auf eigene Rechnung erbringen (=eigene ZSR-Nummer)            |        |
| ○ Beleg über den Anschluss an eine zertifizierte (Stamm-)Gemeinschaft nach Art. 11 EPDG  | _____  |
| ○ 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)   | _____  |

## 7. Rechnungsadresse für die Bewilligungsgebühr

- Praxis     
 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 E-Mail** als PDF ein an: [bewilligungen.gdrd@sg.ch](mailto:bewilligungen.gdrd@sg.ch)

<sup>9</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)