



A YX]n]b]gW\Y' 8]YbghY'

► 6Yk]`][[i b[Yb' i bX'G i ddcfh

Sabrina Stachl
Gerbergasse 13
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 44 95
E-Mail: sabrina.stachl@bs.ch
www.medizinischdienste.bs.ch

; YgiW\` i a`JYf` }b[Yfi b[`XYf` 6Yk]`][i b[`nif`
df]jUhk]fhgW\Uzh`]W\Yb' 6YfiZgUig~Vib[`]b`Y][YbYf`
ZUW\`]W\Yf` JYfUbhkc fhi b[`U`g` 7 \]fcd fU_hcf]b#` 7 \]fcd fU_hcf`
i a`&`>U\ fY`]a`?Ubhcb` 6UgY`!GhUXh

DYfgcbU`]Yb

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht m w

Staatsangehörigkeit

Bürgerort / Kanton
(bei Ausländern: Geburtsort/-land)

Zivilstand

Private Adresse

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

Telefon

Mobil

Mailadresse

GdfUW\Yb

Deutsch

Französisch

Italienisch

Englisch

weitere

Praxisadresse

Name der Praxis

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

Mailadresse

Website

K]W\h][Y`=bZcf aUh]cbYb`n i f`JYf` }b[Yf i b[`XYf`6Yk]``][i b[.

- **9]b[UVYZf]gh.** Spätestens zwei Monate vor Ablauf der Bewilligung bzw. zwei Monate vor dem 70. Geburtstag.
- **sfnh`]W\Yg`NY i [b]g:** Dem Gesuch ist ein ärztliches Zeugnis beizulegen, welches bestätigt, dass die Bewilligungsinhaberin/der Bewilligungsinhaber physisch und psychisch weiterhin zur privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung fähig ist. **8Ug }fnh`]W\Y`NY i [b]g`Z]bXYb`G]Y`U i W\`U i Z`XYf` <c a YdU[Y"**
- **6Yf i Zg\Uzhd`]W\h]jYfg]W\Yf i b[.** Dem Gesuch ist ebenfalls eine Kopie einer gültigen Berufshaftpflichtversicherung beizulegen.
- **JYf` }b[Yf i b[gZf]gh.** Um jeweils zwei Jahre.

Die/der Unterzeichnende bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass die eingeforderten und gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort und Datum

Unterschrift

6Y]U[Y
– Ärztliches Zeugnis