



## Medizinische Dienste

### ► Bewilligungen und Support

Sabrina Stachl  
Gerbergasse 13  
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 44 95  
E-Mail: [sabrina.stachl@bs.ch](mailto:sabrina.stachl@bs.ch)  
[www.medizinischdienste.bs.ch](http://www.medizinischdienste.bs.ch)

# Meldung der 90 Tage Berufsausübung als Chiropraktorin/ Chiropraktor im Kanton Basel-Stadt

## Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht m w

Staatsangehörigkeit

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

Geburtsname

Zivilstand

---

## Wohnadresse

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

Telefon

Mobil

Mailadresse

---

## Sprachen

Deutsch

Französisch

Italienisch

Englisch

weitere

**Nachweis Akademischer Titel (Doktorat o.ä.)**

ja    nein

Bezeichnung

Abkürzung

(z.B. Dr. med. chir. ect.)

Ort

Land

---

**Weitere akademische Titel (z.B. Habilitationsschrift, Professur)**

ja    nein

Bezeichnung

Abkürzung

(z.B. Prof. ect.)

Ort

Land

---

**Daten zur Praxis**

Name der Praxis

Eigentümer

Rechtsform (GmbH, AG oder Einzelgesellschaft)

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

Mailadresse

Website

---

**Praxisart** (z.B. Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis)

Praxisart

---

**Praxisdaten**  **muss zwingend angegeben werden max. 90 Tage pro Kalenderjahr**

Verbindliches Datum der Tätigkeitsaufnahme

---

**Beschäftigungsgrad des Gesuchstellers**

Pensum

---

### Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

1. Verfügen Sie schon über eine Bewilligung zur privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung als Chiropraktorin/ Chiropraktor in einem oder mehreren anderen Kanton(en)/Staat(en)?

Berufsausübung in einem oder mehreren anderen Kanton(en)/Staat(en)? ja nein

Falls ja, Bewilligung(en) erteilt am

Postleitzahl Ort

Land

---

2. Haben Sie schon in einem anderen Kanton/Staat eine Praxis privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung geführt? ja nein

---

3. Wurde Ihnen in einem anderen Kanton/Staat die Bewilligung eingeschränkt, verweigert oder entzogen? ja nein

 Falls ja, bitte auf separatem Blatt erläutern

---

4. Haben Sie bis zu diesem Datum schon in einem anderen Kanton/Staat ein Gesuch um Erteilung einer Bewilligung gestellt, ohne dass es zu einer Bewilligungserteilung gekommen ist? ja nein

---

5. Laufen Verfahren gegen Sie in einem anderen Kanton/Staat (Aufsichtsrechtliche Verfahren, Strafverfahren, Haftpflicht- oder Zivilverfahren) in Bezug auf die berufliche Tätigkeit? ja nein

 Falls ja, bitte auf separatem Blatt erläutern

---

Wurden eine oder mehrere Fragen mit ja beantwortet, benötigen wir zwingend eine schriftliche Begründung unter Beilage der Akten.

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

Ort und Datum

Unterschrift

## Beilagen zur Meldung der 90 Tage Beufsausübung für Chiropraktorinnen/ Chiropraktoren im Kanton Basel-Stadt

Name	Vorname	
Eidgenössisches Chiropraktorendiplom		Kopie**
Ausländisches Chiropraktorendiplom <u>und zusätzlich</u>		Kopie**
Anerkennungsbestätigung des ausländischen Chiropraktorendiploms (Medizinalberufekommission, Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern, <a href="http://www.admin.ch/bag">www.admin.ch/bag</a> )		Kopie**
Eidgenössischer Weiterbildungstitel Fachchiropraktik		Kopie**
Ausländischer Weiterbildungstitel Fachchiropraktik <u>und zusätzlich</u>		Kopie**
Anerkennungsbestätigung des ausländischen Weiterbildungstitels Fachchiropraktik (Medizinalberufekommission, Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern, <a href="http://www.admin.ch/bag">www.admin.ch/bag</a> )		Kopie**
Doktordiplom (falls vorhanden)		Kopie**
Weitere akademische Titel (z.B. Habilitationsschrift, Professur)		Kopie**
Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister (Schweizerisches Strafregister, Dienst für Auszüge an Privatpersonen, Bundesrain 20, 3003 Bern; online unter <a href="http://www.bj.admin.ch">www.bj.admin.ch</a> )		Original, nicht älter als 6 Monate
bei Zuzug aus dem Ausland benötigen wir das Führungszeugnis vom Herkunftsland <b>(nur wenn noch keine 10 Jahre in der Schweiz wohnhaft)</b>		Original, nicht älter als 6 Monate
Nachweis eines angemessenen Qualitätssicherungssystems <a href="http://www.medizinischdienste.bs.ch/berufsausuebung/universitaere-medizinalberufe/aerztin.html">http://www.medizinischdienste.bs.ch/berufsausuebung/universitaere-medizinalberufe/aerztin.html</a>		<b>zwingend</b>
Nachweis, Offerte oder Deckungszusage einer Berufshaftpflichtversicherung		<b>zwingend</b>
Beschreibung der Räumlichkeiten, Einrichtungen und Ausrüstungen der Praxis		<b>zwingend</b>

## Weitere Beilagen

Berufsausübungsbewilligung(en) eines od. mehrerer anderer Kantone / Staaten	Kopie**
Bei früherer privatwirtschaftlicher Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung in einem od. mehreren anderen Kanton(en)/Staat(en):	Kopie**
Unbedenklichkeitserklärung (Certificate of Good Standing) der zuständigen Gesundheitsbehörde	Original
Arbeits- und/oder Aufenthaltsbewilligung/Grenzgängerbestätigung	Kopie**

## Sprachkenntnisse

Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens über das Niveau B2 der **deutschen Sprache** verfüge. (Zwingend\*\*\*)

ja      nein

## Auf Verlangen einzureichen

Ausweis über ausreichende Sprachkenntnisse in Deutsch	Kopie***
Arztzeugnis über den Gesundheitszustand	aktuell und Original

\* Bei ausländischen, nicht in Deutsch abgefassten Dokumenten ist zusätzlich eine amtlich beglaubigte Übersetzung in deutscher Sprache nötig.

\*\* Auf Verlangen ist eine amtlich beglaubigte Kopie vorzulegen.

\*\*\* Falls Muttersprache nicht Deutsch ist.