

## Gesuch um Erteilung einer Bewilligung zur Berufsausübung als Zahnärztin oder Zahnarzt unter fachlicher Aufsicht

Nur für Zahnärztinnen oder Zahnärzte, die weniger als fünf Jahre Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht vorweisen

Für die Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung als Zahnärztin oder Zahnarzt unter fachlicher Aufsicht ist das vorliegende Gesuchsformular vollständig ausgefüllt zusammen mit den erforderlichen Beilagen (Anhang 1) an folgende Adresse einzureichen:

Amt für Gesundheit  
Zentrale Dienste und Prozesse  
Promenadenstrasse 16  
8510 Frauenfeld

Die Prüfung eines Gesuchs sowie die Erstellung einer Berufsausübungsbewilligung dauert nach vollständiger Einreichung aller Unterlagen in der Regel vier bis sechs Wochen.

### Informationen zur gesuchstellenden Person:

#### Personalien

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| Vorname:                             |  |
| Name:                                |  |
| Akademischer Titel (wenn vorhanden): |  |
| Geburtsdatum:                        |  |
| Staatsangehörigkeit:                 |  |
| GLN-Nummer (wenn vorhanden):         |  |

#### Wohnadresse (Privatadresse)

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Strasse:              |  |
| Postleitzahl und Ort: |  |
| Land:                 |  |

#### Kontaktangaben

|                 |  |
|-----------------|--|
| Telefon:        |  |
| Mobile:         |  |
| E-Mail-Adresse: |  |

## Informationen über die geplante Tätigkeit als Zahnärztin oder Zahnarzt unter fachlicher Aufsicht:

### Generelle Informationen zur geplanten Tätigkeit

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Geplantes Arbeitspensum (in %):     |  |
| Datum des geplanten Arbeitsbeginns: |  |

### Zahnärztin oder Zahnarzt, welche/r die fachliche Aufsicht trägt (Lehrpraktiker)

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| Vorname:                             |  |
| Name:                                |  |
| Akademischer Titel (wenn vorhanden): |  |
| GLN-Nummer (wenn vorhanden):         |  |

### Praxisadresse im Kanton Thurgau

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Strasse:                       |  |
| Postleitzahl und Ort:          |  |
| Name der Praxis (Institution): |  |
| Rechtsform der Praxis:         |  |

### Kontaktangaben

|                  |  |
|------------------|--|
| Telefon Praxis:  |  |
| Homepage Praxis: |  |
| E-Mail-Adresse:  |  |

Ist die obenstehende E-Mail durch HIN gesichert?  Ja  Nein

### Status der Erwerbstätigkeit

#### Anstellungsverhältnis mit Arbeitsvertrag

(unter fachlicher Aufsicht und im Namen sowie auf Rechnung des Arbeitgebers):

oder

Andere, welche:

### **Notfalldienst**

Die Organisation des Notfalldienstes im Kanton Thurgau obliegt der Thurgauer Zahnärztesgesellschaft. Alle Zahnärztinnen und Zahnärzte mit einer Berufsausübungsbewilligung im Kanton Thurgau sind von Gesetzes wegen notfalldienstpflichtig. Dispensationsgesuche sind nach Arbeitsaufnahme im Kanton Thurgau an die Thurgauer Zahnärztesgesellschaft zu richten.

### **Informationen zur Privatapotheke mit einem auf die Zahnmedizin eingeschränkten Sortiment (Selbstdispensation)**

Zahnärztinnen und Zahnärzte mit Berufsausübungsbewilligung unter fachlicher Aufsicht sind nicht zur Führung einer Privatapotheke mit einem auf die Zahnmedizin eingeschränkten Sortiment berechtigt.

### **Informationen zur bisherigen Berufsausübung**

Verfügen Sie bereits in anderen Kantonen oder Ländern über eine Berufsausübungsbewilligung?

Ja  Nein

Falls die Frage mit Ja beantwortet wurde, in welchen:

Wurde Ihnen in einem anderen Kanton oder Land die Berufsausübungsbewilligung nicht erteilt, verweigert oder entzogen?

Ja  Nein

Falls die Frage mit Ja beantwortet wurde, in welchen:

### **Selbstdeklaration**

Ich bestätige hiermit, dass ich nicht unter gesundheitlichen Störungen, insbesondere ansteckende Krankheiten oder kognitiven Defiziten leide, welche die Berufsausübung beeinträchtigen.

Des Weiteren bestätige ich hiermit, dass zum Zeitpunkt der Gesuchseingabe keine Strafverfahren gegen mich hängig sind:

Ort / Datum:

Originalunterschrift (gesuchstellende Person):

## Erklärung betreffend Tätigkeit unter fachlicher Aufsicht

Wir ersuchen das Departement für Finanzen und Soziales (DFS) um Erteilung einer Bewilligung zur Berufsausübung als Zahnärztin oder Zahnarzt unter fachlicher Aufsicht. Zudem bestätigen wir, das Gesuch vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben:

Ort / Datum:

Originalunterschrift (gesuchstellende Person):

Ort / Datum:

Originalunterschrift (Lehrpraktiker):

Dieses Formular muss **zwingend** im Original per Post an das Amt für Gesundheit eingereicht werden.

## Anhang 1: Einzureichende Unterlagen

- |    |  |                          |          |
|----|--|--------------------------|----------|
| 1  | Vollständig ausgefülltes Gesuchsformular   | <input type="checkbox"/> | Original |
| 2  | Aktueller Lebenslauf in tabellarischer Form (analog Lebenslauf Bewerbung)  | <input type="checkbox"/> | Kopie    |
| 3  | Eidgenössisches Zahnarzt Diplom <b>oder</b>  | <input type="checkbox"/> | Kopie    |
| 3a | Ausländisches Zahnarzt Diplom <b>und zusätzlich</b><br>Anerkennungsbestätigung des ausländischen Zahnarzt Diploms der<br>Medizinalberufekommission (MEBEKO), Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern<br><b>inkl. Begleitschreiben</b> (insgesamt 3 Seiten) | <input type="checkbox"/> | Kopie    |
| 4  | Promotionsurkunde / Doktordiplom (fakultativ):<br>Wenn Sie zur Führung eines akademischen Titels berechtigt sein möchten   | <input type="checkbox"/> | Kopie    |
| 5  | Aktueller Auszug aus dem Zentralstrafregister <b>oder</b> bei Wohnsitz im Ausland ein<br>entsprechendes polizeiliches Führungszeugnis ( <b>nicht älter als sechs Monate</b> )  | <input type="checkbox"/> | Kopie    |
| 6  | Arbeitszeugnisse der Tätigkeiten in den letzten fünf Jahren  | <input type="checkbox"/> | Kopie    |
| 7  | Individueller Sprachnachweis für Deutsch (nicht älter als sechs Jahre, Niveau B2):<br>Wenn nicht mindestens 3 Jahre Arbeitserfahrung in deutscher Sprache  | <input type="checkbox"/> | Kopie    |