

Gesuch um Erteilung einer eingeschränkten Bewilligung zur Berufsausübung als Ärztin oder Arzt in eigener fachlicher Verantwortung

Nur für Ärztinnen und Ärzte, die Ihre Tätigkeit auf die Behandlung der nächsten Angehörigen, des engsten Freundeskreises sowie auf die Erstellung von Gutachten beschränken. Das Führen einer Privatapotheke ist nicht erlaubt.

Für die Erteilung einer eingeschränkten Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung als Ärztin oder Arzt 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 eingeschränkten Berufsausübungsbewilligung dauert nach vollständiger Einreichung aller Unterlagen in der Regel zwei bis vier Wochen.

Informationen zur gesuchstellenden Person:

Personalien

Vorname:	
Name:	
Akademischer Titel (wenn vorhanden):	
Geburtsdatum:	
Staatsangehörigkeit:	
GLN-Nummer (wenn vorhanden):	
Beruf / Weiterbildungstitel:	

Wohn- und Praxisadresse

Strasse:	
Postleitzahl und Ort:	
Land:	

Kontaktangaben

Telefon:	
Mobile:	
E-Mail-Adresse:	

Weitere Informationen zur eingeschränkten Tätigkeit

Die Bewilligung zur eingeschränkten Tätigkeit wird nicht im öffentlich zugänglichen Medizinalberuferegister (MedReg) eingetragen, zumal die Bewilligung lediglich für die Behandlung der nächsten Angehörigen, des engsten Freundeskreises sowie auf die Erstellung von Gutachten beschränkt ist. Die Führung einer Privatapotheke (Selbstdispensation) ist nicht erlaubt.

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:

Erklärung betreffend eingeschränkter Tätigkeit:

Ich ersuche das Departement für Finanzen und Soziales (DFS) um Erteilung einer eingeschränkten Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung bzw. die Verlängerung der bestehenden Bewilligung um weitere drei Jahre.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Tätigkeit auf die Behandlung nächster Angehöriger und des engsten Freundeskreises sowie auf die Erstellung von Gutachten beschränkt ist. Das Arbeitspensum darf höchstens 10 % betragen. Die Führung einer ärztlichen Privatapotheke ist nicht erlaubt. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass diese Beschränkungen der Berufsausübung eine Voraussetzung für die Erteilung der eingeschränkten Bewilligung sind.

Ort / Datum:

Originalunterschrift:

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 Auszug aus dem Zentralstrafregister oder bei Wohnsitz im Ausland ein entsprechendes polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als sechs Monate) | <input type="checkbox"/> | Kopie |
| 3 | Police der Berufshaftpflichtversicherung (empfohlen CHF 3 Millionen) oder Nachweis, dass die eingeschränkte Tätigkeit in der Privathaftpflichtversicherung der gesuchstellenden Person gedeckt ist (Deckungshöhe, versicherte Tätigkeit, Versicherungsnehmer oder versicherte Personen und Laufzeit müssen zwingend ersichtlich sein) | <input type="checkbox"/> | Kopie |