

## Gesuch um Erteilung einer Bewilligung zur Berufsausübung als Zahnärztin oder Zahnarzt in eigener fachlicher Verantwortung nach Vollendung des 70. Altersjahres

Für die Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung als Zahnärztin oder Zahnarzt in eigener fachlicher Verantwortung nach Vollendung des 70. Altersjahres 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 in eigener fachlicher Verantwortung nach Vollendung des 70. Altersjahres:

### Generelle Informationen zur geplanten Tätigkeit

Fachgebiet:	
Geplantes Arbeitspensum (in %):	
Datum des geplanten Arbeitsbeginns:	

### Praxisadresse im Kanton Thurgau

Strasse:	
Postleitzahl und Ort:	
Name der Praxis (Institution):	
Rechtsform der Praxis:	
Praxisübernahme von (falls zutreffend):	
Praxisgemeinschaft mit (falls zutreffend):	

### Kontaktangaben

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

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

### Status der Erwerbstätigkeit

Sozialversicherungsrechtlich selbständig

(in eigener fachlicher Verantwortung, in eigenem Namen und auf eigene Rechnung):

**oder**

Anstellungsverhältnis mit Arbeitsvertrag

(in eigener fachlicher Verantwortung, aber im Namen und auf Rechnung des Arbeitgebers):

### Funktion in der Praxis

Praxisinhaber/in:

Praxispartner/in:

Angestellte/r:

## **Gesetzliche Grundlagen**

- Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (**Medizinalberufegesetz, MedBG**)
- Verordnung über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen (**Medizinalberufeverordnung, MedBV**)
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (**KVG**)
- Verordnung über die Krankenversicherung (**KVV**)
- Medizinprodukteverordnung (**MepV**)
- Gesetz über das Gesundheitswesen (**GG**)

## **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.

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

Im Kanton Thurgau können Zahnärztinnen und Zahnärzte mit einer Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung die Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke mit einem auf die Zahnmedizin eingeschränkten Sortiment beantragen, welche zur Selbstdispensation an einem bestimmten Standort berechtigt. Das Gesuch zur Führung einer Privatapotheke ist direkt an die Kantonsapothekerin einzureichen.

Falls Sie auf die Führung einer Privatapotheke mit einem auf die Zahnmedizin eingeschränkten Sortiment verzichten, bitte ankreuzen:

## **Angaben zur medizinischen Wiederaufbereitung (Sterilisation)**

Gesetzliche Grundlagen: Heilmittelgesetz (HMG), Medizinprodukteverordnung (MepV) sowie die Richtlinien der "Guten Praxis zur Aufbereitung von Medizinprodukten in Arzt- und Zahnarztpraxen sowie bei weiteren Anwendern von Dampf-Klein-Sterilisatoren" (KIGAP).

Wer als Fachperson ein zur mehrmaligen Verwendung bestimmtes Medizinprodukt mehrfach verwendet, sorgt vor jeder erneuten Anwendung für die Prüfung der Funktionsfähigkeit und die korrekte Wiederaufbereitung. Als Wiederaufbereitung gilt jede Massnahme der Instandhaltung, die notwendig ist, um ein gebrauchtes oder neues Medizinprodukt für seine vorgesehene Verwendung vorzubereiten, insbesondere Aktivitäten wie **Reinigung, Desinfektion und Sterilisation**.

Werden in Ihrer Praxis Medizinprodukte wiederaufbereitet? Ja  Nein

Die nachfolgenden Bestätigungen sind nur auszufüllen, wenn in Ihrer Praxis Medizinprodukte wiederaufbereitet werden:

Die Prozessdaten jedes Sterilisationsvorganges werden ausgedruckt oder elektronisch archiviert: Ja

Der Sterilisator erfüllt die Mindestanforderungen für mein Fachgebiet und die Instrumente: Ja   
(Hinweis: Mindestanforderung DIN13060, wird ein Sterilisator des Typs S verwendet, muss eine schriftliche Bestätigung vom Hersteller oder dessen Vertriebspartner in der Schweiz vorhanden sein, welche bestätigt, dass die Sterilisationszyklen den praxiseigenen Beladungsanforderungen entsprechen)

Promenadenstrasse 16, 8510 Frauenfeld  
T +41 58 345 68 60, [gesundheit.tg@hin.ch](mailto:gesundheit.tg@hin.ch)  
[www.gesundheit.tg.ch](http://www.gesundheit.tg.ch)

Die vorschriftsgemässe Durchführung der Instandhaltung aller an der Wiederaufbereitung beteiligten Gerätschaften wird wie vom Hersteller vorgegeben durchgeführt: Ja

Sie haben eine Arbeitsanweisung für die Wiederaufbereitung in der Praxis, welche in Kraft gesetzt, implementiert und geschult ist: Ja

(Hinweis: Die Richtlinien gemäss KIGAP müssen in der Arbeitsanweisung berücksichtigt werden)

### **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:

### **Erklärung betreffend Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung nach Vollendung des 70. Altersjahres**

Ich ersuche das Departement für Finanzen und Soziales (DFS) um Erteilung einer Bewilligung zur Berufsausübung als Zahnärztin oder Zahnarzt in eigener fachlicher Verantwortung nach Vollendung des 70. Altersjahres. Zudem bestätige ich, das Gesuch vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben:

Ort / Datum:

Originalunterschrift:

## Anhang 1: Einzureichende Unterlagen

- |    |  |                          |          |
|----|--|--------------------------|----------|
| 1  | Vollständig ausgefülltes Gesuchsformular   | <input type="checkbox"/> | Original |
| 2  | Eidgenössisches Zahnarzt Diplom <b>oder</b>  | <input type="checkbox"/> | Kopie    |
| 2a | 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    |
| 3  | Promotionsurkunde / Doktordiplom (fakultativ):<br>Wenn Sie zur Führung eines akademischen Titels berechtigt sein möchten   | <input type="checkbox"/> | Kopie    |
| 4  | 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    |
| 5  | Nachweis der Räumlichkeiten (Praxispläne) inkl. genauer Beschriftung der Räume:<br>Eingang, Wartezimmer, Behandlungsräume, Privatapotheke, Sterilisation,<br>Nasszellen, Aufenthaltsraum Personal, usw.  | <input type="checkbox"/> | Kopie    |
| 6  | Mietvertrag der Praxisräume <b>oder</b> Arbeitsvertrag als angestellte Person  | <input type="checkbox"/> | Kopie    |
| 7  | Police der Berufshaftpflichtversicherung (empfohlen CHF 10 Millionen) <b>oder</b><br>Nachweis, dass Sie in der Berufshaftpflichtversicherung des Arbeitgebers<br>versichert sind (Deckungshöhe, versicherte Tätigkeit, Versicherungsnehmer<br>oder versicherte Personen und Laufzeit müssen zwingend ersichtlich sein) | <input type="checkbox"/> | Kopie    |
| 8  | Nachweis Mitgliedschaft bei der SSO oder Fortbildungsnachweise der letzten 3 Jahre   | <input type="checkbox"/> | Kopie    |
| 9  | Attest der vertrauensärztlichen Untersuchung eines Facharztes oder einer Fachärztin<br>für Arbeitsmedizin (Anhang 2)   | <input type="checkbox"/> | Kopie    |

## Anhang 2: Attest der vertrauensärztlichen Untersuchung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Arbeitsmedizin

Gemäss § 13a Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes (GG) hat sich eine gesuchstellende Person für eine Berufsausübungsbewilligung nach dem 70. Altersjahr einer vertrauensärztlichen Untersuchung bei einem Facharzt oder einer Fachärztin für Arbeitsmedizin zu unterziehen. Das vertrauensärztliche Attest muss bestätigen, dass die gesuchstellende Person sowohl physisch als auch psychisch zur einwandfreien Berufsausübung fähig ist.

### Gesuchstellende Person bzw. Person, die sich der vertrauensärztlichen Untersuchung unterzieht:

Vorname:	
Name:	
Geburtsdatum:	
Beruf:	
Fachbereich (z.B. Chirurgie):	
Limitation (Ja / Nein):	
Auflage: (Ja / Nein):	

Sollte die gesuchstellende Person nur teilweise oder bedingt (z.B. Ausschluss spezifischer Tätigkeiten) zur einwandfreien Berufsausübung fähig sein, ist neben dem vorliegenden Formular ein zusätzlicher Bericht einzureichen, der entsprechende Limitationen oder allfällige Auflagen begründet definiert.

Der Facharzt oder die Fachärztin für Arbeitsmedizin bestätigt, dass sich die oben erwähnte Person einer vertrauensärztlichen Untersuchung ordnungsgemäss unterzogen hat. Die vorerwähnte Person ist demnach aus arbeitsmedizinischer Sicht weiterhin fähig, ihre Tätigkeit im Gesundheitswesen in obigem Fachbereich nach Vollendung des 70. Altersjahres physisch als auch psychisch einwandfrei auszuüben.

### Facharzt oder Fachärztin für Arbeitsmedizin:

Vorname:	
Name:	
Strasse:	
Postleitzahl und Ort:	

Ort / Datum:

Originalunterschrift (Arbeitsmediziner/-in):