

Gesundheitsamt

Ambassadorshof
Riedholzplatz 3
4509 Solothurn
Telefon 032 627 93 71
gesundheitsamt@ddi.so.ch

Ärztliches Attest

betreffend der Gesundheitszustand für die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung als universitäre Medizinalperson

auszufüllen durch eine/n Ärztin/Arzt mit Berufsausübungsbewilligung im Kanton Solothurn

1. Angaben zur untersuchten Medizinalperson

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Heimatort:
(bei Ausländern: Heimatland)

Wohnadresse: PLZ/Ort:

Telefon: Mobile:

E-Mail:

2. Angaben zur Berufsausübung/Praxisdaten der untersuchten Medizinalperson

Berufsfeld: Ärztin/Arzt Zahnärztin/-arzt Tierärztin/-arzt Apotheker/in Chiropraktiker/in

Praxisbezeichnung:

Praxisadresse: PLZ/Ort:

Telefon: E-Mail:

3. Nur auszufüllen, wenn Berufsfeld Ärztin/Arzt

allgemeinärztliche Praxis (Fachgebiet:)

spezialärztliche Praxis (Fachgebiet:)

operative Tätigkeit über 10% der gesamten ärztlichen Tätigkeit (Spital:)

belegärztliche Tätigkeit (Spital:)

4. Abklärung durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt

Liegt eine somatische Erkrankung/Behinderung vor, welche die Praxistätigkeit offensichtlich infrage stellt (z.B. Gefässerkrankung des Gehirns, M. Parkinson, Erkrankung der Wahrnehmungsorgane)?

Nein

Ja Diagnose:

Krankheitsverlauf und Therapie:

.....
.....
.....
.....

Liegt eine psychische oder funktionelle Erkrankung/Behinderung vor, welche die Praxistätigkeit offensichtlich infrage stellt (z.B. manisch-depressives Kranksein, demenzielle Entwicklung, Sucht)?

Nein

Ja Diagnose:

Krankheitsverlauf und Therapie:.....

.....
.....
.....
.....

Haben sich bei der Abklärung Hinweise ergeben, welche die Praxistätigkeit aus anderen Gründen (z.B. Vertrauenswürdigkeit) infrage stellen?

Nein

Ja welche:

.....
.....
.....

Bemerkungen:

.....
.....
.....

5. Bestätigung und Unterschrift behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt

Der/Die Unterzeichnete bestätigt hiermit, dass die obigen Angaben der Wahrheit entsprechen und dass keine Befangenheit (z.B. Praxismgemeinschaft, langjährige Freundschaft) gegenüber der untersuchten Medizinalperson vorliegt.

Praxisbezeichnung:

Name: Vorname:

Praxisadresse: PLZ/Ort:

Fachgebiet: Funktion:

Ort und Datum der Untersuchung

Unterschrift und Stempel

.....