

Gesundheitsamt

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

Gesuch

**um Verlängerung einer Bewilligung für die Berufsausübung
in eigener fachlicher Verantwortung als universitäre Medizinalperson ab Vollendung
des 75. Altersjahres (§ 13 Bst. g Gesundheitsgesetz [GesG; BGS 811.11])**

1. Angaben zur Person

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Heimatort:
(bei Ausländern: Heimatland)

Wohnadresse: PLZ/Ort:

Telefon: Mobile:

E-Mail:

2. Angaben zur Berufsausübung/Praxisdaten

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

Praxisbezeichnung:

Praxisadresse: PLZ/Ort:

Telefon: E-Mail:

Datum Tätigkeitsaufnahme: Pensum:

Beschrieb Tätigkeitsbereich:

Fachgebiet:

Bitte ankreuzen:

- Ich bestätige, dass ich nicht unter gesundheitlichen Störungen, insbesondere einer somatischen, psychischen oder funktionellen Erkrankungen, leide, welche die Berufsausübung beeinträchtigen könnten.
- Ich bestätige, dass zum Zeitpunkt der Gesuchstellung keine Strafverfahren und keine Aufsichts- und Disziplinarrechtlichen Verfahren im Ausland oder in einem anderen Kanton gegen mich hängig sind.

Falls mindestens eine der beiden Optionen nicht bestätigt werden kann, bitte Grund angeben:

.....

.....

.....

3. Einzureichende Unterlagen

- 1) ärztliches Attest betreffend Gesundheitszustand für die privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung im betreffenden Berufsfeld ab Vollendung des 75. Altersjahres
- 2) Unterlagen gemäss Checkliste

4. Gebühren

Die Erteilung einer Verlängerung einer Berufsausübungsbewilligung ist gebührenpflichtig. Massgebend für die Höhe der Gebühr ist der Gebührentarif (GT, BGS 615.11) des Kantons Solothurn. Die für das vorliegende Gesuch relevante Gebühr finden Sie im Merkblatt „Gebühren Gesundheitsfachpersonen“ unter Ziffer 1 auf unserer Homepage: [Gesundheitsfachpersonen - Gesundheitsamt - Kanton Solothurn](#)

Rechnungsadresse bei Abweichung von Ziffer 1:

.....

.....

.....

5. Bestätigung und Unterschrift

Der/Die Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass die obigen Angaben der Wahrheit entsprechen und erklärt sich mit der Übermittlung allfälliger Bewilligungsakten von früheren Arbeitsorten an das Gesundheitsamt einverstanden.

Ort und Datum

Unterschrift Gesuchsteller/in

.....

.....