

Gesundheitsamt

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

Gesuch

um Anerkennung einer Bewilligung eines anderen Kantons für die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung als Dentalhygienikerin/Dentalhygieniker (§ 5 Vollzugsverordnung zum Gesundheitsgesetz [GesV; BGS 811.12])

1. Angaben zur Person

Name: Vorname:
Geburtsdatum: Heimatort:
(bei Ausländern: Heimatland)
Wohnadresse: PLZ/Ort:
Telefon: Mobile:
E-Mail:

2. Angaben zur Berufsausübung/Praxisdaten im Kanton Solothurn

Datum Tätigkeitsaufnahme: Pensum:

Angaben zur Tätigkeit:
(bitte Zutreffendes ankreuzen)

selbständige Tätigkeit in eigener Praxis (ausserhalb einer Zahnarztpraxis)

Ich nehme Behandlungen an Risikopatientinnen und -patienten vor.

Ein detailliertes und vollständiges Qualitätssicherungssystem QSS (siehe auch Ziff. 3, Punkt 5)

liegt diesem Gesuch bei

wird erarbeitet¹

mobile Tätigkeit

Ich führe Behandlungen vor Ort in Alters- und Pflegeheimen durch.

Ich nehme Behandlungen an Risikopatientinnen und -patienten vor.

Andere mobile Tätigkeitsorte (bitte vollständig auflisten):

.....

Ein detailliertes und vollständiges Qualitätssicherungssystem QSS (siehe auch Ziff. 3, Punkt 5)

liegt diesem Gesuch bei

wird erarbeitet¹

¹ Ein detailliertes QSS ist Voraussetzung für die Anerkennung einer Berufsausübungsbewilligung im Kanton Solothurn.

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

.....

.....