

Gesundheitsamt

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

Gesuch

um Erteilung der Bewilligung für die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung als Dentalhygienikerin/Dentalhygieniker (§§ 3 f. 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

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.

Das Gesundheitsamt kann weitere Unterlagen und Angaben verlangen (insbesondere ein sich über den Gesundheitszustand im Hinblick auf die Berufsausübung äusserndes Arztzeugnis).

4. Gebühren

Die Erteilung 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 sowie dem Einholen von Auskünften bei anderen Behörden (insbesondere auch betreffend allfällige Strafverfahren im Ausland) einverstanden.

Ort und Datum

Unterschrift Gesuchsteller/in

.....

.....