

**Gesundheitsamt**

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

**Meldung**

**der Anstellung einer Person mit einer Tätigkeit im Bereich des Gesundheitswesens ohne Stellvertreterfunktion (§ 10 Vollzugsverordnung zum Gesundheitsgesetz [GesV; BGS 811.12])**

**1. Angaben zum Arbeitgeber/zur Arbeitgeberin**

Praxisbezeichnung: .....

Praxisadresse:..... PLZ/Ort: .....

Telefon: ..... E-Mail:.....

**2. Angaben zur angestellten Person**

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum: ..... Heimatort: .....  
(bei Ausländern: Heimatland)

Datum Tätigkeitsaufnahme: ..... Pensum: .....

Voraussichtliche Beschäftigungsdauer: .....

Beruf/Fachgebiet: .....  in Weiterbildung (für Ärzte + Apotheker):

**3. Vom Arbeitgeber zu prüfen**

Inhaber und Inhaberinnen von Berufsausübungsbewilligungen sind vor der Anstellung von Mitarbeitenden der gleichen Berufsgattung verpflichtet, eingehend zu prüfen, ob diese:

- 1) die erforderlichen fachlichen Voraussetzungen erfüllen;
- 2) Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bieten;
- 3) die deutsche Sprache beherrschen;
- 4) nicht mit einem unbefristeten oder einem befristeten, noch in Vollzug stehenden Berufsausübungsverbot sanktioniert worden sind.

Inhaber und Inhaberinnen von Berufsausübungsbewilligungen haben dafür zu sorgen, dass ihre angestellten Mitarbeitenden der gleichen Berufsgattung ordnungsgemäss in ihre Berufshaftpflichtversicherung miteingeschlossen werden.

Für Medizinalpersonen haben sich die Anstellungen sich auf höchstens 4 Stellen und 200 Stellenprozent und für die übrigen Tätigkeiten auf höchstens 8 Stellen und 400 Stellenprozent zu beschränken.

#### 4. Gebühren

Die Bestätigung einer Meldung ist gebührenpflichtig.

Die Gebühr zur Erteilung einer Meldebestätigung stützt sich auf §21 Abs. des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) des Kantons Solothurn. Die für die vorliegende Meldung relevante Gebühr finden Sie im Merkblatt „Gebühren Gesundheitsfachpersonen“ unter Ziffer 2 auf unserer Homepage:

[Gesundheitsfachpersonen - Gesundheitsamt - Kanton Solothurn](#)

#### 5. Bestätigung und Unterschrift

Der/Die Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass die obigen Dokumente vorliegen und von ihm/ihr eingehend geprüft worden sind.

Ort und Datum

Unterschrift Gesuchsteller/in

.....

.....