

Gesundheitsamt

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

Meldung

Aufgabe Tätigkeit im Kanton Solothurn

(§ 13 Abs. 1 Bst. d, § 18 Abs. 4, § 23 Abs. 1 Bst. c und § 25 Abs. 1 Bst. f des Gesundheitsgesetzes [GesG; BGS 811.11] sowie § 13 Abs. 1 Bst. c und §§ 15 - 17 der Vollzugsverordnung zum Gesundheitsgesetz [GesV; BGS 811.12])

1. Grund der Aufgabe

- ☐ Pensionierung ☐ wirtschaftliche Gründe ☐ Versterben gesamtverantwortliche Leitungsperson
☐ Beschäftigung in anderem Kanton ☐ anderes:

Aufgabe Tätigkeit im Kanton Solothurn per:

2. Angaben zum Betrieb

Betriebsbezeichnung:

Rechtsform: ☐ AG ☐ GmbH ☐ andere:

Betriebsart / Fachgebiet:

Trägerschaft/Geschäftsführer/in:

☐ Hauptsitz ☐ Zweigfiliale ☐ anderes:

Adresse: PLZ/Ort:

Telefon: E-Mail:

3. Angaben zur Person, welche die Tätigkeit aufgibt

Name: Vorname:

Geburtsdatum: E-Mail:

Wohnadresse: PLZ/Ort:

Telefon:

Angaben zu Personen, welche nach Praxisaufgabe Auskünfte erteilen können (Name, Vorname, Adresse, Wohnort, E-Mail, Telefon):

.....
.....

Bewilligung zur Führung einer privaten Apotheke vorhanden ☐ ja ☐ nein

Die allfällig vorhandene Bewilligung zur Führung einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Privatapotheke erlischt automatisch mit Aufgabe der Praxistätigkeit und kann nicht auf eine andere Person übertragen werden (siehe Ziffer 6).

4. Allfällige Anstellung an neuem Ort

☐ in eigener fachlicher Verantwortung **ODER** ☐ unter Aufsicht einer/s Inhabers/in einer BAB

Betriebsbezeichnung:

Rechtsform: ☐ AG ☐ GmbH ☐ andere:

Betriebsart / Fachgebiet:

☐ Hauptsitz ☐ Zweigfiliale ☐ anderes:

Adresse: PLZ/Ort:

Telefon: E-Mail:

Eintritt per: Pensum:

5. ZSR-Nummer

Die Berufsausübungsbewilligung stellt eine Zulassungsvoraussetzung für die Abrechnung über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) dar. Bei Aufgabe der Tätigkeit wird die Sasis AG informiert; in der Folge wird die an die Bewilligung gebundene ZSR-Nummer gelöscht. Eine ZSR-Nummer kann nicht auf eine andere Person übertragen werden. Im Falle einer Wiederaufnahme der Tätigkeit muss neben der Berufsausübungsbewilligung auch die Zulassung zur Abrechnung über die OKP neu beantragt werden.

6. Umgang mit Patientendokumentationen

Bitte geben Sie uns an, wie Sie mit den Patientendokumentationen umgehen. Falls keine der nachfolgenden Aufzählungen auf Ihre Situation zutrifft, können Sie uns mit Freitext am Ende dieser Ziffer über den Umgang mit den Patientendokumentationen informieren.

Bitte wählen Sie aus folgenden Möglichkeiten:

☐ Die **Mitteilung** an sämtliche Patientinnen und Patienten über die Aufgabe der Tätigkeit sowie die Information über die Wahlmöglichkeit betreffend den Umgang mit den Patientendokumentationen ist mittels ☐ Schreiben ☐ E-Mail ☐ telefonisch

☐ **erfolgt** am: respektive ☐ **geplant** bis am:

☐ Die **Übergabe** der **Patientendokumentationen** an sämtliche Patientinnen und Patienten in ☐ physischer ☐ elektronischer Form ist

☐ **erfolgt** am: respektive ☐ **geplant** bis am:

ODER

- ☐ Die **Übergabe** sämtlicher **Patientendokumentationen** an eine von den Patientinnen und Patienten bezeichnete **Gesundheitsfachperson (Nachfolge)** in ☐ physischer ☐ elektronischer Form ist
☐ **erfolgt** am: respektive ☐ **geplant** bis am:
- ☐ Die **Mitteilung** an sämtliche Patientinnen und Patienten über die **Übergabe** der Patientendokumentationen an eine von den Patientinnen und Patienten bezeichnete Gesundheitsfachperson (Nachfolge) ist mittels ☐ Schreiben ☐ E-Mail ☐ telefonisch
☐ **erfolgt** am: respektive ☐ **geplant** bis am:

ODER

- ☐ Die Archivierung der Patientendokumentationen ist
☐ **erfolgt** am: respektive ☐ **geplant** bis am:
- ☐ Die **Mitteilung** an sämtliche Patientinnen und Patienten über die **Archivierung** der Patientendokumentationen und den Archivierungsort ist mittels ☐ Schreiben ☐ E-Mail ☐ telefonisch
☐ **erfolgt** am: respektive ☐ **geplant** bis am:
- ☐ Die entsprechenden Sorgfaltspflichten und Aufbewahrungsfristen werden eingehalten.

Bei Archivierung der Patientendokumentationen, bitte Angabe des Archivierungsortes:

.....

ODER

Information über den Umgang mit den Patientendokumentationen, falls keine der obigen Aufzählungen zutrifft:

.....

Weitere Bemerkungen

.....

.....

7. Bestätigung und Unterschrift

Der/Die Unterzeichnende bestätigt, dass die obigen Angaben vollständig und korrekt sind.

Ort und Datum

Unterschrift Gesuchsteller/in

.....

.....