

Gesundheitsamt

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

Meldung Schliessung Betrieb / Praxis

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

1. Grund der Schliessung

- ☐ Pensionierung ☐ wirtschaftliche Gründe ☐ Versterben gesamtverantwortliche Leitungsperson
☐ Konkureröffnung ☐ Wechsel in anderen Kanton ☐ Erlöschen juristische Person
☐ Fusion ☐ anderes:

Schliessung des Betriebs/ der Praxis im Kanton Solothurn per:

2. Angaben zum Betrieb

Betriebsbezeichnung / Praxisname:

Rechtsform: ☐ AG ☐ GmbH ☐ Einzelunternehmen ☐ andere:

Betriebsart / Fachgebiet:

Trägerschaft / Geschäftsführer/in:

☐ Hauptsitz ☐ Zweigfiliale ☐ anderes:

Adresse: PLZ/Ort:

Telefon: E-Mail:

3. Angaben zur Privatapotheke

Bewilligung zur Führung einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Privatapotheke vorhanden: ☐ Ja ☐ Nein

Falls Ja:

Mit der Aufgabe der Praxistätigkeit erlischt die Bewilligung zur Führung einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Privatapotheke automatisch. Eine Übertragung auf eine andere Person ist nicht möglich. Sämtliche Betäubungsmittel der Verzeichnisse a, d und e sowie Betäubungsmittelrezeptblöcke sind gemäss den Informationen auf der Homepage des Gesundheitsamts Kanton Solothurn an das Gesundheitsamt zu retournieren: [Entsorgung - Gesundheitsamt - Kanton Solothurn](#).

4. Angaben zur gesamtverantwortlichen Leitungsperson

Name: Vorname:

Geburtsdatum: E-Mail:

Wohnadresse:..... PLZ/Ort:

Telefon:

5. Personal

Sämtliche im Betrieb / in der Praxis angestellten Fachpersonen mit einer gültigen Berufsausübungsbewilligung des Kantons Solothurn sind gemäss den geltenden Bestimmungen verpflichtet, das Gesundheitsamt über die Aufgabe ihrer Tätigkeit im Kanton Solothurn mittels Meldeformular zu informieren oder eine aktuelle Beschäftigungsadresse mitzuteilen. Die gesamtverantwortliche Leitungsperson ist dafür verantwortlich, das betroffene Personal entsprechend zu informieren. Das Meldeformular finden Sie unter: [Gesundheitsfachpersonen - Formular "Aufgabe Tätigkeit im Kanton Solothurn"](#)

6. ZSR-Nummer

Die Betriebsbewilligung (für juristische Personen) bzw. die Berufsausübungsbewilligung (für Einzelunternehmen) stellt eine Zulassungsvoraussetzung für die Abrechnung über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) dar. Bei der Schliessung eines Betriebes 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 oder auf einen anderen Betrieb übertragen werden. Im Falle einer Wiederaufnahme des Betriebes muss neben der Betriebsbewilligung resp. der Berufsausübungsbewilligung auch die Zulassung zur Abrechnung über die OKP neu beantragt werden.

7. Umgang mit Patientendokumentationen

Bitte geben Sie uns an, wie Sie mit Ihren 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 treffen Sie Ihre Auswahl aus den nachstehenden 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

.....

.....

8. Bestätigung und Unterschrift

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

Ort und Datum

Unterschrift gesamtverantwortliche
Leitungsperson

.....

.....

Ort und Datum

Unterschrift Trägerschaft / Geschäftsführer/in
(Falls vorhanden)

.....

.....