



ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

Service de la santé publique SSP  
Amt für Gesundheit GesA

Chemin des Mazots 2, 1700 Freiburg

T +41 26 305 29 29  
www.fr.ch/gesa

## Gesuch um die Bewilligung zur Berufsausübung unter Aufsicht

|                 |  |                     |                     |              |                 |
|-----------------|--|---------------------|---------------------|--------------|-----------------|
| <b>Beruf</b>    | Ärztin/Arzt  | Zahnärztin/Zahnarzt | Tierärztin/Tierarzt | Apotheker/in | Chiropraktor/in |
| <b>Funktion</b> | Assistent/in in Weiterbildung<br>andere beaufsichtigte Tätigkeit |                     |                     |              |                 |

### Arbeitnehmer-in

|                  |                        |   |                    |
|------------------|------------------------|---|--------------------|
| Name             | Geschlecht             | W | M                  |
| Vorname/n        | Geburtsdatum           |   |                    |
| Lediger Name     | Muttersprache          |   |                    |
| Nationalität     |                        |   |                    |
| Ausländer/innen: | Aufenthaltsbewilligung | B | C G                |
| Strasse, Nr.     | Tel.                   |   | Gesuch eingereicht |
| PLZ, Ort         | E-Mail                 |   |                    |

GLN-Nummer \*

\*Ihre persönliche GLN ist unter Ihrer Registrierung im eidg. Medizinalberuferegister (MedReg) aufgeführt

### Arbeitgeber/in

Name, Vorname oder Institution

Fachlich verantwortliche/r Vorgesetzte/r\*  
\*falls nicht mit dem Arbeitgeber identisch (z.B. in einer Institution)

Strasse, Nr. Tel.

PLZ, Ort E-Mail

### Dauer der Anstellung/Beschäftigungsgrad

|     |     |                    |   |
|-----|-----|--------------------|---|
| von | bis | Beschäftigungsgrad | % |
|-----|-----|--------------------|---|

### Berufshaftpflichtversicherung

|                   |        |
|-------------------|--------|
| durch Arbeitgeber | andere |
|-------------------|--------|

*Der/die Arbeitgeber/in muss sich vergewissern, dass der/die Angestellte die Voraussetzungen für die Berufsausübung erfüllt. Er/sie überprüft zu diesem Zweck alle für das Ausfüllen der obenstehenden Rubriken notwendigen Angaben. Die entsprechenden Belege sind im Personaldossier aufzubewahren und brauchen diesem Gesuchsformular nicht beigelegt zu werden. Im Rahmen seiner Aufsichtsfunktion kann das Amt für Gesundheit jederzeit das Personaldossier verlangen und überprüfen.*

Ort und Datum Unterschrift Arbeitgeber/in .....

Unterschrift der fachlich verantwortlichen Person .....

Unterschrift Arbeitnehmer/in .....