



Kantonsarztamt

Gesuch Assistenzbewilligung Privatkliniken und Institutionen

Die Assistenzbewilligung wird dem Leiter / der Leiterin der Weiterbildungsstätte erteilt. Die Assistentin / der Assistent steht unter der fachlichen Verantwortung und Aufsicht der für die Weiterbildung verantwortlichen ärztlichen Fachperson, welche ausschliesslich Verrichtungen, zu deren Ausführung sie selbst berechtigt ist und die nicht ihre persönliche Berufsausübung erfordern, überträgt. Die Bewilligung wird erteilt, wenn sich die Assistenzperson in der entsprechenden Fachdisziplin in Weiterbildung befindet.

Die Weiterbildungsstätte muss als Spital / Institution im Register der zertifizierten SIWF-Weiterbildungsstätten aufgeführt ist. Die SIWF-zertifizierte Zeit gilt als maximale Assistenzzeit.

Als Kaderarzt / Kaderärztin gilt, wer fest angestellt ist und einen Weiterbildungstitel im Fachgebiet hat, für welches sich der Assistent / die Assistentin in Weiterbildung befindet. Pro Kaderarzt / Kaderärztin sind max. 400% Assistenten zugelassen.

Gesundheitsdepartement
Oberer Graben 32
9001 St.Gallen
T 058 229 35 64
info.kantonsarztamt@sg.ch
www.gesundheit.sg.ch

Weiterbildungsstätte

Name der Privatklinik / Institution _____

Zertifizierte Weiterbildungsstätte für (Fachgebiet) _____

Anzahl Kaderärztinnen / Kaderärzte mit Weiterbildungstitel im vom Assistenten / von der Assistentin angestrebten Facharztstitel (Stellenprozente): _____

Leiter / Leiterin

Vorname, Name _____

Adresse _____

Telefon / E-Mail _____

Assistentin / Assistent

Vorname, Name¹ _____

Adresse _____

Telefon / E-Mail _____

Qualifikationen Assistentin / Assistent

Beilage Nr.

Diplom², evtl. Dokortitel _____

Strafregisterauszug³ (Original, höchstens sechs Monate alt) _____

Curriculum _____

¹ Fotokopien Pass, Identitätskarte (beide Seiten) sowie Ausländerausweis (falls vorhanden)

² bei ausländischen Dokumenten zusätzlich Anerkennungsbestätigung der Medizinalberufekommission MEBEKO, Bern

³ bestellbar unter https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/strafregister_de; bei aktuellem oder ehemaligem Wohnsitz im Ausland: Leumundszeugnis des Aufenthaltsstaates

Angestrebter Facharzttitel _____

Dauer der Assistenz

von _____ bis _____ Arbeitspensum: _____

Ort, Datum

Unterschrift der verantwortlichen Arzt- oder Zahnarztperson