

## **GESUCH UM ERTEILUNG EINER BETRIEBSBEWILLIGUNG FÜR EINE EINRICHTUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG**

- Füllen Sie das Gesuch vollständig und gut leserlich aus und tragen Sie alle verlangten Belege vollständig zusammen.
- Urkunden, Diplome und Zeugnisse, die nicht in Deutsch, Englisch, Französisch oder Italienisch abgefasst sind, ist eine beglaubigte Übersetzung beizulegen.
- Wird ein Gesuch nicht vollständig eingereicht, führt dies zu zeitlicher Verzögerung bei der Gesuchsprüfung.
- Unterzeichnen Sie das Gesuchsformular und reichen Sie es zusammen mit allen Belegen frühestens 6 Monate und spätestens 30 Tage vor der Tätigkeitsaufnahme beim Dienstleistungszentrum Bewilligungen (DLZ) per Post oder E-Mail ein:

**Postadresse**

Amt für Gesundheit  
DLZ Bewilligungen  
Bahnhofstrasse 5  
CH-4410 Liestal

**E-Mail**

bewilligungen-afg@bl.ch

### **1. Für welche Organisation möchten Sie eine Betriebsbewilligung beantragen?**

- |                                                                          |                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Organisation der Physiotherapie                 | <input type="checkbox"/> Organisation der Naturheilpraktik      |
| <input type="checkbox"/> Organisation der Ergotherapie                   | <input type="checkbox"/> Organisation der Logopädie             |
| <input type="checkbox"/> Organisation der Podologie                      | <input type="checkbox"/> Organisation der Medizinischen Massage |
| <input type="checkbox"/> Organisation der Ernährungsberatung             | <input type="checkbox"/> Organisation der Hebammen              |
| <input type="checkbox"/> Organisation der Optometrie                     | <input type="checkbox"/> Organisation der Zahntechnik           |
| <input type="checkbox"/> Organisation der Osteopathie                    | <input type="checkbox"/> Organisation der Dentalhygiene         |
| <input type="checkbox"/> Organisation der psychologischen Psychotherapie |                                                                 |

*Möchten Sie eine Bewilligung für eine Spitex oder eine intermediäre Einrichtung beantragen?*

Verwenden Sie dazu bitte das separate Formular auf der Website unter „Spitex oder intermediäre Einrichtungen“.

**2. Angaben zum Betrieb**

|                  |       |
|------------------|-------|
| Betriebsname     | _____ |
| Rechtsform       | _____ |
| Strasse          | _____ |
| PLZ und Ort      | _____ |
| Telefon          | _____ |
| E-Mail           | _____ |
| Betriebsaufnahme | _____ |
| UID-Nummer       | _____ |

a) Ist das Unternehmen im Handelsregister eingetragen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls nein, lassen Sie das Unternehmen bitte im Handelsregister eintragen. Weitere Informationen finden Sie unter [www.kmu.admin.ch](http://www.kmu.admin.ch).

b) Wurde dem Betrieb in einem anderen Kanton je eine Betriebsbewilligung verweigert oder entzogen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, erläutern Sie dies bitte auf einem separaten Blatt.

c) Sind gegen den Betrieb derzeit Verfahren von Aufsichts- oder Strafverfolgungsbehörden hängig?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, erläutern Sie dies bitte auf einem separaten Blatt.

d) Geplante Öffnungszeiten

|            |       |
|------------|-------|
| Montag     | _____ |
| Dienstag   | _____ |
| Mittwoch   | _____ |
| Donnerstag | _____ |
| Freitag    | _____ |
| Samstag    | _____ |
| Sonntag    | _____ |

**Bitte beachten Sie: Während der Öffnungszeiten des Betriebs muss die fachliche Leitung des Betriebs, resp. eine Stellvertretung der fachlichen Leistung anwesend sein.**

### 3. Leitung des Betriebs

#### a) Gesamtverantwortliche Leitung (Geschäftsführung)

Die gesamtverantwortliche Leitung vertritt den Betrieb gegenüber der Behörde und ist verantwortlich für die Einhaltung der Bewilligungsvoraussetzungen. Sie ist Ansprechperson bei allen administrativen Angelegenheiten des Betriebs. Die gesamtverantwortliche Leitung muss **nicht** über eine Berufsausübungsbewilligung als Medizinal- oder Gesundheitsfachperson verfügen. Die gesamtverantwortliche Leitung kann von mehreren Personen übernommen werden.

##### Person 1

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wohnadresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

##### Person 2

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wohnadresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

#### b) Fachliche Leitung

Die fachliche Leitung ist für die Einhaltung der gesundheitspolizeilichen Vorschriften verantwortlich. Es können mehrere Personen zusammen die fachliche Leitung übernehmen. Sie müssen jeweils über eine Berufsausübungsbewilligung als Gesundheitsfachperson im Kanton Basel-Landschaft verfügen. Es können mehrere Personen die fachliche Leitung eines Betriebs übernehmen. Die fachliche Aufsicht kann nur für Angehörige der gleichen Berufsgruppe übernommen werden.

##### Person 1

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

GLN-Nummer \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wohnadresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Gültige Berufsausübungsbewilligung im Kanton Basel-Landschaft vorhanden?

- ☐ Ja  
☐ Beantragt (bitte reichen Sie einen Antrag über [sirona.bl.ch](http://sirona.bl.ch) ein)

**Person 2**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

GLN-Nummer \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wohnadresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Gültige Berufsausübungsbewilligung im Kanton Basel-Landschaft vorhanden?

- ☐ Ja  
☐ Beantragt (bitte reichen Sie einen Antrag über [sirona.bl.ch](http://sirona.bl.ch) ein)

*Erklärung der fachlichen Leitung*

- Ich bestätige, dass ich die umfassende fachliche Verantwortung für die pflegerischen und medizinischen Leistungen des Betriebs übernehme.
- Ich bestätige, dass ich qualifiziert bin, die Aufsicht über die mir fachlich unterstellten Berufskolleginnen und -kollegen zu übernehmen.
- Ich bestätige, dass ich gegenüber den beaufsichtigten Personen fachlich weisungsbefugt bin.
- Ich Sorge dafür, dass die mir fachlich unterstellten Berufskolleginnen und -kollegen den Beruf sorgfältig und gewissenhaft ausüben, sich an die Grenzen ihrer Kompetenzen halten, die ihnen übertragenen Tätigkeiten beherrschen und ihre beruflichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten durch Fortbildung vertiefen, erweitern und verbessern (Fortbildungspflicht).
- Ich bestätige, dass alle mir fachlich unterstellten Berufskolleginnen und -kollegen über eine für die Tätigkeit geeignete fachgerechte Ausbildung verfügen. Ich stelle sicher, dass Personen, die über ein ausländisches Diplom verfügen, ihre Tätigkeiten unter Aufsicht erst aufnehmen, wenn zumindest ein Teilentscheid des SRK vorliegt.
- Ich bin mir bewusst, dass ich als fachlich verantwortliche Person für Verfehlungen und nicht eingehaltene Berufspflichten meiner Berufskolleginnen und Berufskollegen im Aufsichts- und Disziplinarverfahren zur Rechenschaft gezogen werden kann.

Ort und Datum

Unterschrift der fachlichen Leitung /  
Person 1

---

---

Ort und Datum

Unterschrift der fachlichen Leitung /  
Person 2

---

---

### c) Stellvertretung der fachlichen Leitung des Betriebs

Die Stellvertretung der fachlichen Leitung ist während der Abwesenheit der fachlichen Leitungsperson für die Einhaltung der gesundheitspolizeilichen Vorschriften verantwortlich. Es können mehrere Personen zusammen die Stellvertretung der fachlichen Leitung übernehmen. Die Stellvertreter/-innen müssen jeweils über eine Berufsausübungsbewilligung als Gesundheitsfachperson im Kanton Basel-Landschaft verfügen. Die fachliche Aufsicht kann nur für Angehörige der gleichen Berufsgruppe übernommen werden.

Wenn der Betrieb nur während der Anwesenheit der fachlichen Leitungsperson pflegerische oder medizinische Leistungen erbringt, muss keine Stellvertretung angegeben werden.

#### Person 1

Name

---

Vorname

---

GLN-Nummer

---

Geburtsdatum

---

Wohnadresse

---

Telefon

---

E-Mail

---

Gültige Berufsausübungsbewilligung im Kanton Basel-Landschaft vorhanden?

☐ Ja

☐ Beantragt (bitte reichen Sie einen Antrag über [sirona.bl.ch](https://sirona.bl.ch) ein)

#### Person 2

Name

---

Vorname

---

GLN-Nummer \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Wohnadresse \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Gültige Berufsausübungsbewilligung im Kanton Basel-Landschaft vorhanden?

- ☐ Ja  
☐ Beantragt (bitte reichen Sie einen Antrag über [sirona.bl.ch](http://sirona.bl.ch) ein)

*Erklärung der stellvertretenden fachlichen Leitung während der Abwesenheit der fachlichen Leitung*

- Ich bestätige, dass ich die umfassende fachliche Verantwortung für die pflegerischen und medizinischen Leistungen des Betriebs übernehme.
- Ich bestätige, dass ich qualifiziert bin, die Aufsicht über die mir fachlich unterstellten Berufskolleginnen und -kollegen zu übernehmen.
- Ich bestätige, dass ich gegenüber den beaufsichtigten Personen fachlich weisungsbefugt bin.
- Ich Sorge dafür, dass die mir fachlich unterstellten Berufskolleginnen und -kollegen den Beruf sorgfältig und gewissenhaft ausüben, sich an die Grenzen ihrer Kompetenzen halten, die ihnen übertragenen Tätigkeiten beherrschen und ihre beruflichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten durch Fortbildung vertiefen, erweitern und verbessern (Fortbildungspflicht).
- Ich bestätige, dass alle mir fachlich unterstellten Berufskolleginnen und -kollegen über eine für die Tätigkeit geeignete fachgerechte Ausbildung verfügen. Ich stelle sicher, dass Personen, die über ein ausländisches Diplom verfügen, ihre Tätigkeiten unter Aufsicht erst aufnehmen, wenn zumindest ein Teilentscheid des SRK vorliegt.
- Ich bin mir bewusst, dass ich als fachlich verantwortliche Person für Verfehlungen und nicht eingehaltene Berufspflichten meiner Berufskolleginnen und Berufskollegen im Aufsichts- und Disziplinarverfahren zur Rechenschaft gezogen werden kann.

Ort und Datum

Unterschrift der stellvertretenden  
fachlichen Leitung / Person 1

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort und Datum

Unterschrift der stellvertretenden  
fachlichen Leitung/ Person 2

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **4. Beilagen**

☐ Beantragen Sie zum ersten Mal eine Betriebsbewilligung?

➔ Weiter auf Seite 8 unter Buchstabe A

☐ Verfügen Sie bereits in einem anderen Kanton über eine Betriebsbewilligung?

➔ Weiter auf Seite 9 unter Buchstabe B

### A) Erstmalige Beantragung einer Betriebsbewilligung

Die nachfolgenden Dokumente sind zusammen mit diesem Gesuchformular dem Amt für Gesundheit Basel-Landschaft einzureichen. Es können Kopien eingereicht werden.

| Kriterien                                                                                                 | Beiliegend               | Bemerkungen |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|
| Betriebskonzept mit Umschreibung der Führungsorganisation und des Leistungsangebots, inkl. Notfallkonzept | <input type="checkbox"/> |             |
| Stellenplan, aus welchem Aufsichts- und Weisungsbefugnisse hervorgehen                                    | <input type="checkbox"/> |             |
| Angaben zur Führung der Patientendokumentation inkl. Aufbewahrungspflicht                                 | <input type="checkbox"/> |             |
| Aktueller Strafregisterauszug der gesamtverantwortlichen Leitung (nicht älter als drei Monate)            | <input type="checkbox"/> |             |

Die nachfolgenden Dokumente müssen nicht eingereicht werden. Die Kriterien müssen aber erfüllt und schriftlich dokumentiert werden. Die entsprechenden Dokumente müssen dem Amt für Gesundheit Basel-Landschaft jederzeit zur Einsicht vorgelegt werden können.

| Kriterien                                                                                                 | erfüllt und dokumentiert | Bemerkungen |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|
| Nachweis Betriebshaftpflichtversicherung entsprechend der mit der Tätigkeit verbundenen Risiken           | <input type="checkbox"/> |             |
| Hygienekonzept                                                                                            | <input type="checkbox"/> |             |
| Datenschutzkonzept                                                                                        | <input type="checkbox"/> |             |
| Qualitätssicherungssystem                                                                                 | <input type="checkbox"/> |             |
| Erforderliche Geräte, Anlagen und Hilfsmittel vorhanden (Wartungsverträge, Schulungen des Personals etc.) | <input type="checkbox"/> |             |
| Zweckmässige Funktionsräume vorhanden (Empfang/Administration, Warteraum, Behandlungsräume)               | <input type="checkbox"/> |             |

## B) Beantragung einer Betriebsbewilligung mit vorhandener Betriebsbewilligung

Die nachfolgenden Dokumente sind zusammen mit diesem Gesuchformular dem Amt für Gesundheit Basel-Landschaft einzureichen. Es können Kopien eingereicht werden.

| Kriterien                                                                                      | beiliegend               | Bemerkungen |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|
| Bestehende Betriebsbewilligung aus einem anderen Kanton                                        | <input type="checkbox"/> |             |
| Stellenplan, aus welchem Aufsichts- und Weisungsbefugnisse hervorgehen                         | <input type="checkbox"/> |             |
| Angaben zur Führung der Patientendokumentation inkl. Aufbewahrungspflicht                      | <input type="checkbox"/> |             |
| Aktueller Strafregisterauszug der gesamtverantwortlichen Leitung (nicht älter als drei Monate) | <input type="checkbox"/> |             |

Die nachfolgenden Kriterien müssen erfüllt und schriftlich dokumentiert werden. Die entsprechenden Dokumente müssen dem Amt für Gesundheit Basel-Landschaft jederzeit zur Einsicht vorgelegt werden können.

| Kriterien                                                                                                                                            | erfüllt und dokumentiert | Bemerkungen |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|
| <b>Betriebskonzept:</b><br>Das Betriebskonzept darf das Leistungsangebot der bereits bestehenden Betriebsbewilligung nicht erweitern oder verändern. | <input type="checkbox"/> |             |
| <b>Nachweis Betriebsshaftpflichtversicherung</b><br>entsprechend der mit der Tätigkeit verbundenen Risiken                                           | <input type="checkbox"/> |             |
| <b>Hygienekonzept</b>                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |             |
| <b>Datenschutzkonzept</b>                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> |             |
| <b>Qualitätssicherungssystem</b>                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> |             |
| <b>Erforderliche Geräte, Anlagen und Hilfsmittel vorhanden</b><br>(Wartungsverträge, Schulungen des Personals)                                       | <input type="checkbox"/> |             |
| <b>Zweckmässige Funktionsräume vorhanden</b> (Empfang/Administration, Warteraum, Behandlungsräume)                                                   | <input type="checkbox"/> |             |

## 5. Zulassung zur Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)?

*Möchten Sie Leistungen zulasten der OKP abrechnen?*

☐ Ja. Die Zulassung muss separat beantragt werden. Bitte benutzen Sie dazu das Formular „Gesuch um Zulassung als Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Sie finden das Gesuch auf der Website des Amts für Gesundheit unter [Betriebsbewilligungen](#) (unter Organisationen der Gesundheitsberufe).

☐ Nein.

## 6. Abschluss

Die unterzeichnende(n) Person(n) bestätigt bzw. bestätigen hiermit, dass die eingeforderten und gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Sie erklärt bzw. erklären sich ferner mit der Einholung allfälliger Bewilligungsakten und Informationen von früheren Arbeitsorten und Behörden durch das Dienstleistungszentrum Bewilligungen einverstanden.

Datum und Ort

Unterschrift der  
gesamtverantwortlichen Leitung /  
Person 1

---

---

Datum und Ort

Unterschrift der  
gesamtverantwortlichen Leitung /  
Person 2

---

---