



**Gesuch  
Betriebsbewilligung für ärztliche oder zahnärztliche Praxisbetriebe mit an-  
gestellten universitären Medizinalpersonen**

Wenn bewilligungspflichtige Tätigkeiten nicht im Namen und auf Rechnung der Inhaberin oder des Inhabers einer Berufsausübungsbewilligung erbracht werden, ist gemäss § 26 Abs. 1 Bst. a des Gesundheitsgesetzes (GesG, BGS 821.1) in Verbindung mit § 26 Abs. 2 Bst. f GesG eine Betriebsbewilligung erforderlich.

**1. Angaben zur Inhaberin bzw. zum Inhaber des Betriebs (Trägerschaft)**

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| Name der Trägerschaft           |   |
| .....                           |   |
| Rechtsform                      | Eintrag Handelsregister (sofern eingetragen, Auszug beilegen)                     |
| .....                           | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja      → Beilage Nr. .... |
| <b>Kontaktperson</b><br>Vorname | Familienname  |
| .....                           | .....   |
| Telefon                         | E-Mail  |
| .....                           | .....   |

**2. Angaben zum Betrieb**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Betriebsname              | Betriebseröffnung (Datumsangabe)<br>Seit/ab |
| .....                     | .....                                       |
| <b>Adresse</b><br>Strasse | PLZ/Ort                                     |
| .....                     | .....                                       |
| Telefon                   | E-Mail                                      |
| .....                     | .....                                       |
|                           | Homepage                                    |
|                           | .....                                       |

## 2.1 Betriebsleitung

|         |  |
|---------|--|
| Vorname | Familienname   |
| Beruf   | Berufsausübungsbewilligung des Kantons Zug<br>(sofern vorhanden) seit: |

## 2.2 Fachliche Leitung (nur ausfüllen, wenn nicht identisch mit der Betriebsleitung)

|   |                       |
|---|-----------------------|
| Vorname   | Familienname          |
| Berufsausübungsbewilligung des Kantons Zug<br>seit: | Stellvertretung durch |

## 3. Führen einer Privatapotheke

(Arzneimittelabgabe an Patientinnen und Patienten)

Das Führen einer Privatapotheke in ambulanten ärztlichen Einrichtungen benötigt eine entsprechende Bewilligung. Bitte nehmen Sie direkt Kontakt mit der Pharmazeutischen Abteilung auf (Telefon 041 728 35 43 oder 041 728 38 87 oder [www.zg.ch/phaa](http://www.zg.ch/phaa)).

---

Das Gesuchsformular ist mit allen aufgeführten Beilagen an das Amt für Gesundheit, Medizinische Abteilung, Gartenstrasse 3, 6300 Zug, einzureichen. Die Beilagen können als Kopie eingereicht werden, sofern nicht ausdrücklich im Original verlangt wird. Das Amt für Gesundheit kann im Einzelfall weitere Unterlagen einfordern. Bei Unklarheiten steht Ihnen die Medizinische Abteilung (Karin Müller, Tel. 041 728 35 11) gerne zur Verfügung.

**Sofern noch keine Betriebsbewilligung eines anderen Kantons vorliegt (Erstbewilligung) sind folgende Unterlagen einzureichen:**

- |  |             |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Betriebskonzept   | Beilage Nr. |
| <input type="checkbox"/> Organigramm inkl. Angaben zu den Funktionen   | Beilage Nr. |
| <input type="checkbox"/> Praxisplan  | Beilage Nr. |
| <input type="checkbox"/> Leistungsangebot des Betriebs im Detail   | Beilage Nr. |
| <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagementsystem   | Beilage Nr. |
| <i>Bitte reichen Sie zwei bis drei Arbeitsanweisungen ein (z. B zum Thema Hygiene, Richtlinien bei Notfällen bei Patientinnen und Patienten zuhause, Datenschutz, Einführung neuer Mitarbeiter etc.)</i> |             |
| <input type="checkbox"/> Angaben zur Patientendokumentation  | Beilage Nr. |
| <i>Name Software, wie oft werden Backup erstellt, sind die Aufbewahrungspflichten bekannt etc.</i>   |             |
| <input type="checkbox"/> Berufshaftpflichtversicherung (vollständige Police)   | Beilage Nr. |
| <input type="checkbox"/> Pflichtenhefte (Stellenbeschrieb) für das Leitungsteam  | Beilage Nr. |
| <input type="checkbox"/> Bestätigung Weisungsunabhängigkeit (Beilage 1) <sup>1</sup>   | Beilage Nr. |
| <input type="checkbox"/> Bestätigung, dass eine konsequente Trennung von Betriebs-<br>Infrastruktur und Privaträumen besteht   | Beilage Nr. |

**Sofern bereits eine Betriebsbewilligung eines anderen Kantons besteht**

- |   |             |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Bewilligung anderer Kantone  | Beilage Nr. |
| <input type="checkbox"/> Betriebskonzept  | Beilage Nr. |
| <input type="checkbox"/> Organigramm inkl. Angaben zu den Funktionen  | Beilage Nr. |
| <input type="checkbox"/> Praxisplan   | Beilage Nr. |
| <input type="checkbox"/> Nachweis Berufshaftpflichtversicherung (vollständige Police)<br>auf den Zeitpunkt der Tätigkeitsaufnahme im Kanton Zug | Beilage Nr. |
| <input type="checkbox"/> Organigramm mit Angaben zu Namen und Funktion  | Beilage Nr. |
| <input type="checkbox"/> Bestätigung Weisungsunabhängigkeit (Beilage 1) <sup>2</sup>  | Beilage Nr. |

---

<sup>1</sup> Alle Personen, welche über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen, müssen die Weisungsunabhängigkeit ggü. dem Betrieb bestätigen. Formular unter [www.zg.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/amt-fuer-gesundheit/medizinische-abteilung/betriebsbewilligungen](http://www.zg.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/amt-fuer-gesundheit/medizinische-abteilung/betriebsbewilligungen)

<sup>2</sup> Alle Personen, welche über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen, müssen die Weisungsunabhängigkeit ggü. dem Betrieb bestätigen. Formular unter [www.zg.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/amt-fuer-gesundheit/medizinische-abteilung/betriebsbewilligungen](http://www.zg.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/amt-fuer-gesundheit/medizinische-abteilung/betriebsbewilligungen)

### Bemerkungen

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

### Unterschriften

Mit ihrer Unterschrift bestätigen die unterzeichneten Personen die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

| <b>Ort / Datum</b>                     | <b>Betriebsleitung</b>  |
|--|-------------------------|
| .....<br>Name, Vorname in Druckschrift | .....<br>(Unterschrift) |

| <b>Für die Trägerschaft bzw. die Inhaberin / den Inhaber des Betriebs</b> (rechtsgültige Unterschriften der, gemäss Handelsregister, zeichnungsberechtigten Personen) |                |
|---|----------------|
| <b>Ort / Datum</b>  |                |
| .....<br>Name, Vorname in Druckschrift  | (Unterschrift) |
| <b>Ort / Datum</b>  |                |
| .....<br>Name, Vorname in Druckschrift  | (Unterschrift) |

**Beilage 1**

**Bestätigung der Weisungsunabhängigkeit der angestellten Personen bewilligungspflichtiger Berufe**

An jede in fachlicher Eigenverantwortung tätige Personen bewilligungspflichtiger Berufe im Gesundheitswesen werden ungeachtet der wirtschaftlichen Unselbständigkeit die gleichen gesundheitspolizeilichen Anforderungen an die Voraussetzung zur Ausübung der Berufstätigkeit gestellt. Dazu gehört insbesondere, dass Personen bewilligungspflichtiger Berufe gegenüber ihren Patientinnen und Patienten sowie gegenüber den Aufsichtsbehörden für ihr Verhalten selbst verantwortlich ist (§ 5 Abs. 4 Gesundheitsverordnung).

Gestützt auf § 27 Abs. 3 i.V.m. § 9 Abs. 3 Gesundheitsgesetz werden im Rahmen der Betriebsbewilligung deshalb folgende Bestätigungen verlangt:

- Jede angestellte Person bewilligungspflichtiger Berufe muss individuell und schriftlich bestätigen, dass sie ihren Beruf unabhängig von fachlichen Weisungen durch Organe der juristischen Person oder der Geschäftsleitung ausübt.
- der Arbeitgeber muss seinerseits verbindlich festhalten, dass von Arbeitgeberseite her kein Einfluss auf die Berufsausübung der in fachlicher Eigenverantwortung tätigen angestellten Personen bewilligungspflichtiger Berufe ausgeübt wird.

Name des Betriebs: .....

Trägerschaft: .....

**Arbeitnehmer**

Name, Vorname .....

Titel / Funktion .....

Ich bestätige, dass ich keine fachlichen Weisungen von den Organen der juristischen Person oder der Geschäftsleitung entgegennehme.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift

**Bestätigung Arbeitgeber**

Die Organe der juristischen Person bzw. die Geschäftsleitung und Vorgesetzten üben keinen Einfluss auf die Berufsausübung der in fachlicher Eigenverantwortung tätigen angestellten Personen aus.

.....  
Ort und Datum

.....  
Für die Trägerschaft /  
Inhaberin/Inhaber des Betriebs