



Bewilligungen  
Malzgasse 30  
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 95 26  
E-Mail: [bewilligungen-bs@hin.ch](mailto:bewilligungen-bs@hin.ch)  
[www.medizinischdienste.bs.ch](http://www.medizinischdienste.bs.ch)

## **Meldung für eine Bestätigung einer Stellvertreterin/eines Stellvertreters als medizinische Masseurin/medizinischer Masseur**

Die Gebühr beträgt CHF 100.00

### **Angaben zum Betrieb**

Rechtsform

---

### **Daten zum Eigentümer (gemäss HR-Auszug)**

Name des Eigentümers

Sitz

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

---

### **Daten zur Praxis/ambulanten Einrichtung**

Fachliche Leitung  
(Name der verantwortlichen Person)

Name der Praxis

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

Ev. Praxiszusatzbezeichnung

Telefon

Mobil

Mailadresse

Website

---

### Angaben zur Stellvertreterin/zum Stellvertreter des Betriebs

Pro Stellvertretung müssen nachfolgende Angaben ausgefüllt werden. Für die Stellvertretung ist zudem eine Berufsausübungsbewilligung notwendig.

#### Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht m w

Staatsangehörigkeit

Bürgerort / Kanton  
(bei Ausländern: Geburtsort/-land)

Zivilstand

---

#### Wohnadresse

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

Telefon

Mobil

Mailadresse

---

#### Sprachen

Deutsch

Französisch

Italienisch

Englisch

weitere

---

#### Praxisdaten

Verbindliches Datum der Tätigkeitsaufnahme

---

#### Beschäftigungsgrad

Pensum

---

## Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

1. Verfügen Sie schon über eine Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung als medizinische Masseurin/medizinischer Masseur?

Berufsausübung in einem oder mehreren anderen Kanton(en)/Land/Ländern? ja nein

Kanton/e

Land/Länder

---

2. Wurde Ihnen in einem anderen Kanton/Land die Bewilligung eingeschränkt, verweigert oder entzogen? ja nein

 Falls ja, bitte auf separatem Blatt erläutern

---

3. Haben Sie bis zu diesem Datum schon in einem anderen Kanton/Land ein Gesuch um Erteilung einer Bewilligung gestellt, ohne dass es zu einer Bewilligungserteilung gekommen ist? ja nein

4. Laufen Verfahren gegen Sie in einem anderen Kanton/Land (Aufsichtsrechtliche Verfahren, Strafverfahren, Haftpflicht- oder Zivilverfahren) in Bezug auf die berufliche Tätigkeit? ja nein

 Falls ja, bitte auf separatem Blatt erläutern

---

Die/der Unterzeichnete bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass die eingeforderten und gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort und Datum

Stempel/Unterschrift