

Dienststelle Gesundheit und Sport

Meyerstrasse 20
Postfach 3439
6002 Luzern
Telefon 041 228 60 90
Telefax 041 228 67 33
gesundheit@lu.ch
www.gesundheit.lu.ch

Meldeformular

**Ausübung einer medizinischen Tätigkeit als
90-Tage-Dienstleistungserbringer im Kanton Luzern
mit Bewilligung eines anderen Kantons**

Personalien

Name, Vorname	
Strasse, PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	
Geburtsdatum	
Nationalität, Heimatort ¹⁾	

Berufsgattung:

Berufsausübungsbewilligung in der Schweiz

In welchem Kanton verfügen Sie über eine Berufsausübungsbewilligung und für welchen Beruf?

Angaben zur Tätigkeit im Kanton Luzern

Wo und wann beabsichtigen Sie, Ihre Dienstleistung von maximal 90 Tagen im Kanton Luzern zu erbringen? Bitte mit genauer Adresse und geplanten Einsatzdaten.

In der Praxis: Adresse: PLZ, Ort:	von.....	bis.....
In der Praxis: Adresse: PLZ, Ort:	von.....	bis.....

In der Praxis: Adresse: PLZ, Ort:	von.....	bis.....
In der Praxis: Adresse: PLZ, Ort:	von.....	bis.....
In der Praxis: Adresse: PLZ, Ort:	von.....	bis.....
In der Praxis: Adresse: PLZ, Ort:	von.....	bis.....
In der Praxis: Adresse: PLZ, Ort:	von.....	bis.....

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben:

Ort, Datum	Unterschrift
-------------------	---------------------

Beilagen:

- Kopie Berufsausübungsbewilligung und Unbedenklichkeitserklärung (max. 3 Monate alt) des jeweiligen Kantons beilegen
- Kopie Pass oder Identitätskarte
- Eidgenössisches Berufsdiplom oder gleichwertig anerkanntes ausländisches Berufsdiplom (BAG, SBFI etc.)
- Eidgenössischen Weiterbildungstitel oder einen vom Bundesamt für Gesundheit als gleichwertig anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel (nur für Ärzte)
- Kopie Niederlassungsbewilligung (nur für ausländische Staatsangehörige)