

Antrag auf Erteilung einer Bewilligung zur Berufsausübung

Amt für Gesundheit
Äulestrasse 51
Postfach 684
FL-9490 Vaduz

Gesundheitsberufe

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apotheker | <input type="checkbox"/> Naturheilpraktiker |
| <input type="checkbox"/> Augenoptiker | <input type="checkbox"/> Trad. Europ. Naturheilkunde |
| <input type="checkbox"/> Chiropraktor | <input type="checkbox"/> Homöopathie |
| <input type="checkbox"/> Dentalhygieniker | <input type="checkbox"/> Trad. Chinesische Medizin |
| <input type="checkbox"/> Drogist | <input type="checkbox"/> Osteopath |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut | <input type="checkbox"/> Pflegefachfrau |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsberater | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Hebamme | <input type="checkbox"/> Psychologin |
| <input type="checkbox"/> labormedizinischer Diagnostiker | <input type="checkbox"/> Psychotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Logopäde | <input type="checkbox"/> Zahnarzt |
| <input type="checkbox"/> medizinischer Masseur | |

-
- Zutreffendes ankreuzen
— Unterstrichene Bereiche ausfüllen

(Die Berufs- und Funktionsbezeichnungen gelten für Angehörige beiderlei Geschlechts)

Personalien Gesuchsteller

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse: _____ Hausnummer: _____
Postleitzahl: _____ Ort: _____
Telefon: _____ Fax: _____
E-Mail: _____ Mobile: _____

Derzeitige Beschäftigung

Arbeitsstätte _____

Seit: _____

Als: _____

Beabsichtigter Berufssitz in Liechtenstein

Berufsausübung in Anstellungsverhältnis bei: _____

Praxisräumlichkeiten:

Strasse: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Inspektion durch amtsärztlichen Dienst bereits erfolgt: ja nein

Falls ja, wann: _____

Räumlichkeitsnachweise:

- Pläne; sowie
- handelsüblicher Mietvertrag oder Auszug aus dem Grundbuch oder gleichwertiges Dokument.

Nach einer positiven Prüfung der Voraussetzungen (mit Ausnahme des Nachweises über geeignete Räumlichkeiten) erhält der Antragsteller eine schriftliche Verständigung. Die Räumlichkeiten und Einrichtungen werden vom amtsärztlichen Dienst des Amtes für Gesundheit auf ihre Eignung geprüft.

Mit der Unterzeichnung wird ausdrücklich bestätigt, dass die Angaben richtig und vollständig sind.

Ort/Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass der Antrag **vollständig ausgefüllt** und **mit allen erforderlichen Unterlagen** beim Amt für Gesundheit eingereicht werden muss.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Dr. iur. Eva Maria Hiebl
Evelyn Walser

Tel. +423 / 236 73 30
Tel. +423 / 236 73 34

e-mail: eva-maria.hiebl@ag.llv.li
e-mail: evelyn.walser@ag.llv.li