

Mutationsmeldung zur bestehenden Berufsausübungsbewilligung

Grund der Änderung

- Änderung der persönlichen Daten
- Änderung der Daten der Geschäftsniederlassung
- Änderung der Daten des Orts der Tätigkeit, z. B. anderer Arbeitgeber
- zusätzlicher Standort / Änderung Anzahl Standorte
- Änderung der OKP-Zulassung
- neu OKP Zulassung gewünscht
Beilagen für die OKP-Zulassung:
 1. Aufstellung der Weiterbildung und der weiteren beruflichen Tätigkeit (lückenlos, im Sinne eines **CV mit Arbeitsbestätigung(en)**, Angabe der Stellenprozente und Arbeitgeber),
 2. **Fragebogen** betreffend die Qualitätssicherung (QSS) **ausgefüllt und unterzeichnet** beilegen [QSS Fragebogen](#)
- Ich beende meine Tätigkeit im Kanton Basel- Landschaft und verlege sie in einen anderen Kanton
- Ich beende meine berufliche Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung

Daten	Bisher:	Neu gültig ab:
Anlass der Mutation		
Name und Rechtsform Betrieb		
Funktion und Pensum in %		
OKP-Zulassung Bitte angeben: <input type="checkbox"/> selbständig oder <input type="checkbox"/> unselbständig erwerbstätig		
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Wohn-Adresse		

Daten	Bisher:	Neu gültig ab:
Praxis-Adresse 1		
Funktion und Pensum in %		
OKP-Zulassung Bitte angeben: <input type="checkbox"/> selbständig oder <input type="checkbox"/> unselbständig erwerbstätig		
Praxis-Adresse 2		
Funktion und Pensum in %		
OKP-Zulassung Bitte angeben: <input type="checkbox"/> selbständig oder <input type="checkbox"/> unselbständig erwerbstätig		
Praxis-Adresse 3		
Funktion und Pensum in %		
OKP-Zulassung Bitte angeben: <input type="checkbox"/> selbständig oder <input type="checkbox"/> unselbständig erwerbstätig		
Tel. privat		
Tel. Geschäft		
E-Mail privat		
E-Mail Geschäft		
Akademischer Titel		
Fachgebiet 1		
Fachgebiet 2		
Fachgebiet 3		

→ nur **VOLLSTÄNDIGE** und **GUT LESERLICH** eingereichte Meldungen werden bearbeitet!

Die Meldung ist umgehend nach Feststellung der Tatsachen, die zur Mutation führen, einzureichen an:
VGD Kantonsärztlicher Dienst, Bahnhofstrasse 5, 4410 Liestal

Der oder die Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass die eingeforderten und gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Sie oder er erklärt sich ferner mit der Einholung allfälliger Bewilligungsakten und Informationen von früheren Arbeitsorten und Behörden durch den Kantonsärztlichen Dienst einverstanden.

Ort und Datum:

Unterschrift: