KANTON
LUZERN

**Gesundheits- und Sozialdepartement**
**des Kantons Luzern**
Bahnhofstrasse 15
6002 Luzern
Telefon 041-228 60 84
Telefax 041-228 60 97
gesundheit.soziales@lu.ch

## BEWILLIGUNGSGESUCH für die selbständige Berufsausübung als Ärztin / Arzt

Name: ..... Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ / Ort: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

Heimatort: ..... .....

Telefon: ..... e-mail: .....

( ) eidgenössisches Arztdiplom Ausstellungsdatum: .....

( ) vom BAG anerkanntes Diplom Datum der Anerkennung: .....

( ) Doktorat Uni: ..... Ausstellungsdatum: .....

( ) Facharzttitel / Weiterbildungstitel Ausstellungsdatum: .....

Geplantes Datum der Praxiseröffnung: .....

**Praxisadresse** Strasse: .....

PLZ /Ort: .....

Praxisübernahme von: .....

Praxisgemeinschaft mit: .....

Verfügen Sie bereits über eine Bewilligung eines anderen Kantons ?

( ) ja ( ) nein Kanton: ..... Datum der Bewilligung: .....

**Die Richtigkeit der oben genannten Angaben bestätigt:**

Ort und Datum Unterschrift

--- ---