



Gesuch um Zulassung als Leistungserbringer zulasten der OKP

| 1. Personalien | |
|----------------|--|
| Nachname | |
| Vorname | |
| Lediger Name | |
| Geburtsdatum | |
| Nationalität | |
| Heimatort(e) | |

| 2. Privatadresse | |
|------------------|--|
| Strasse / Nr. | |
| PLZ / Ort | |
| Land | |
| Telefon | |
| Mobile | |
| E-Mail | |

| 3. Angaben zur Zulassung | |
|---|--|
| Zulassung als | |
| Fachgebiet | |
| Datum geplante Tätigkeitsaufnahme | |
| Voraussichtlicher Beschäftigungsgrad | |
| Tätigkeit | <input type="checkbox"/> Selbstständig und auf eigene Rechnung <input type="checkbox"/> Angestellt |

| 4. Praxisangaben | |
|------------------|--|
| Praxisname | |
| Adresse | |
| PLZ / Ort | |
| Telefon | |
| E-Mail | |

| 5. Zulassungsvoraussetzungen | |
|--|--|
| Berufsausübungsbewilligung Kt. Nidwalden | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beantragt |
| Nur für Ärztinnen und Ärzte: Sprachniveau Deutsch C1 erfüllt* | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Nur für Ärztinnen und Ärzte: Anschluss Stamm-/Gemeinschaft (EPD)* | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

*Bitte Nachweise beilegen

| 6. Qualitätsanforderungen nach Art. 58g KVV | |
|--|--|
| Bitte reichen Sie zu den folgenden Punkten ein Konzept zu den Qualitätsanforderungen ein. | |
| Verfügen Sie über das erforderliche qualifizierte Personal, um Ihre Leistungen nach KVG erbringen zu können? | |
| <input type="checkbox"/> Nein. Begründung: | |
| <input type="checkbox"/> Ja. Geben Sie bitte im Konzept an, wie sich Ihr Personal zusammensetzt (Anzahl Beschäftigte und Vollzeitäquivalente pro Berufsgruppe; berufliche Qualifikationen sowie die für die Leistungserbringung notwendigen und absolvierten Aus- und Weiterbildungen pro Person). | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Verfügen Sie über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem?* | | | |
| <input type="checkbox"/> Nein. Begründung: | | | |
| <input type="checkbox"/> Ja. Beschreiben Sie bitte im Konzept kurz die Prozesse und Strukturen Ihres Qualitätsmanagementsystems (QMS). Mindestens folgende Punkte müssen im QMS beschrieben werden: | | | |
| <input type="checkbox"/> Hygienemassnahmen (z.B. Händedesinfektion, Hygiene und Sauberkeit von sanitären Anlagen Schutzmassnahmen übertragbare Krankheiten usw.) | | | |
| <input type="checkbox"/> Praxis-Infrastruktur (z.B. Räumlichkeiten: Sturzgefahren, Hygiene, Licht usw.) | | | |
| <input type="checkbox"/> Praxis-Material/-geräte (z.B. Wartung, Reinigung, Anleitung Geräte für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter usw.) | | | |
| <input type="checkbox"/> Notfallplan (z.B. medizinisch, pharmazeutisch, Pandemie/Epidemie, externe Einflüsse wie Strom/Hochwasser usw.) | | | |
| <input type="checkbox"/> Beschwerdemanagement (z.B. Erfassungssystem Fehler und Beschwerden, dokumentierte Verbesserungsprozesse usw.) | | | |
| <input type="checkbox"/> Patientendossier (z.B. Angaben zu Person / Therapieziel / Behandlung / Behandlungsverlauf usw.) | | | |
| <input type="checkbox"/> Datenschutz (z.B. Instruktion neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über Datenschutz, Schutz und Aufbewahrung von Patientendaten usw.) | | | |
| Verfügen Sie über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem? | | | |
| <input type="checkbox"/> Nein. Begründung: | | | |
| <input type="checkbox"/> Ja. Umschreiben Sie bitte im Konzept kurz Ihr internes Berichts- und Lernsystem. | | | |
| Sind Sie einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen angeschlossen? | | | |
| <input type="checkbox"/> Nein. Begründung: | | | |
| <input type="checkbox"/> Ja. Nennen Sie bitte im Konzept den Namen des Netzwerks. | | | |
| Verfügen Sie über die Ausstattung, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen? | | | |
| <input type="checkbox"/> Nein. Begründung: | | | |
| <input type="checkbox"/> Ja. Geben Sie bitte im Konzept an, über welche technische Ausstattung Sie verfügen: Welche Primärsysteme und Austauschformate werden verwendet? Ist die Mehrfachnutzung der Daten sichergestellt? | | | |
| Der Kanton weist die Antragstellenden darauf hin, dass sie neben der Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Art. 58g KVV auch die vertraglich festgelegten Regeln zur Qualitätsentwicklung nach Art. 58a Abs. 6 KVG befolgen müssen, sobald entweder ein entsprechender Qualitätsvertrag im Sinn von Art. 58a KVG abgeschlossen und vom Bundesrat genehmigt worden ist oder der Bundesrat – beim Fehlen eines Qualitätsvertrags – die entsprechenden Regeln festgelegt hat. Als Leistungserbringer müssen Sie sich an die vertraglich festgelegten Regeln zur Qualitätsentwicklung halten, auch unabhängig von einer Verbandsmitgliedschaft. | | | |

| | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------------|
| 7. Praktische Tätigkeit bzw. Weiterbildung | | | |
| Bitte reichen Sie zu den erbrachten Tätigkeiten Nachweise ein. Siehe Anhang für die Erläuterungen zu der erforderlichen praktischen Tätigkeit bzw. Weiterbildung pro Beruf. | | | |
| Institution, Praxis | Von: (Monat/Jahr) | Bis: (Monat/Jahr) | Beschäftigungsgrad in % |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|-------------|--|
| Bemerkungen | |
|-------------|--|

| | |
|--|--|
| 8. Unterschrift | |
| Ort / Datum | |
| Unterschrift | |
| <ul style="list-style-type: none">• Mit der Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit sämtlicher Angaben.• Zudem ermächtigen Sie die Zulassungsbehörde, Auskünfte über Sie bei Institutionen, die Ihre Diplome und Titel oder deren Äquivalent ausgestellt haben, sowie bei den Arbeitgebern und Gesundheitsbehörden einzuholen.• Eine Gesuchstellung ist verbindlich und grundsätzlich kostenpflichtig (gemäss Gebührenverordnung).• Die Gesuchsbearbeitung dauert in der Regel bis zu 25 Arbeitstage. | |

Bitte reichen Sie das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Gesuchsformular inklusive Nachweise und Qualitätskonzept vorzugsweise elektronisch an gesundheitsamt@nw.ch oder per Post ein.

Gesundheitsamt
Engelbergstrasse 34
Postfach 1243
6371 Stans

Für Auskünfte

Mail gesundheitsamt@nw.ch
Telefon 041 618 76 02

Anhang

| Erläuterungen zu der erforderlichen praktischen Tätigkeit bzw. Weiterbildung | |
|---|---|
| Apothekerin | - |
| Ärztin | <ul style="list-style-type: none"> • eidg. Weiterbildungstitel oder • eidg. anerkanntes Arztdiplom sowie Weiterbildungstitel und 3-jährige Tätigkeit (100%) an einer anerkannten Weiterbildungsstätte in der Schweiz in beantragtem Fachgebiet |
| Chiropraktorin | - |
| Ergotherapie Ernährungsberatung Geburtshilfe Physiotherapie | <p>2-jährige Tätigkeit (100%)</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei einer nach Verordnung zugelassenen Gesundheitsfachperson desselben Berufs oder • in einem Spital (Leitung erfüllt Zulassungsvoraussetzungen) oder • in einer Organisation desselben Berufes, Leitung erfüllt Zulassungsvoraussetzungen |
| Logopädin | <ul style="list-style-type: none"> • vom Kanton anerkannte 3-jährige theoretische und praktische Fachausbildung inkl. erfolgreich abgelegte Prüfung • 2-jährige praktische Tätigkeit (100%; mind. ein Jahr in einem Spital unter fachärztlicher Leitung und im Beisein einer Logopädin oder eines Logopäden welche die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen |
| Neuropsychologin | <ul style="list-style-type: none"> • eidg. oder als gleichwertig anerkannter Weiterbildungstitel in Neuropsychologie oder • Fachtitel in Neuropsychologie der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen |
| Pflegefachfrau | <p>2-jährige Tätigkeit (100%)</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei einer nach Verordnung zugelassenen Gesundheitsfachperson desselben Berufs oder • in einem Spital oder Pflegeheim (Leitung erfüllt Zulassungsvoraussetzungen) oder • in einer Organisation desselben Berufes, Leitung erfüllt Zulassungsvoraussetzungen |
| Podologin HF | <p>2-jährige Tätigkeit (100%)</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei einer nach Verordnung zugelassenen Gesundheitsfachperson desselben Berufs oder • in einem Spital, Pflegeheim oder Spitex (Leitung erfüllt Zulassungsvoraussetzungen) oder • in einer Organisation desselben Berufes, Leitung erfüllt Zulassungsvoraussetzungen |
| Psychologische Psychotherapeutin | <ul style="list-style-type: none"> • 3-jährige klinische Erfahrung (100%), • davon 12 Monate in einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtung mit Anerkennung gemäss Art. 50c KVV |
| Zahnärztin | <ul style="list-style-type: none"> • 3-jährige praktische Tätigkeit (100%) in einer zahnärztlichen Praxis oder einem zahnärztlichen Institut in der Schweiz |