



## Gesuch um Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung der Logopädie

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Fachtitel:
Bürgerort / -Staat:	Aufnahme der Tätigkeit am:
Wohn-Adresse:	Berufs-Adresse:
Tel (P):	Tel Praxis:
E-Mail:	Fax Praxis:
Verfügen Sie über eine gültige Berufsausübungsbewilligung eines anderen Kantons? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Wenn ja, bitte Kanton angeben und Kopie der Bewilligungen sowie Unbedenklichkeits- erklärung, ausgestellt durch den betreffenden Kanton beilegen) _____	
Ist Ihnen je die Ausübung des Berufes von der zuständigen Aufsichtsbehörde untersagt oder eingeschränkt worden? (Wenn ja, bitte auf gesondertem Blatt ausführlich erläutern) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

### Beilagen

1. Ausweis über eine dreijährige theoretische und praktische Fachausbildung mit erfolgreich abgelegter Prüfung (Kopie des Diploms)
2. Wenn vorhanden, Anerkennung der Ausbildung durch die Erziehungsdirektorenkonferenz
3. Zeugnisse mit genauer Anstellungsdauer (nicht unter 3 Monate, ganztags) über eine zweijährige praktische Tätigkeit in klinischer Logopädie mit überwiegender Erfahrung im Erwachsenenbereich, wovon mindestens ein Jahr in einem Spital unter fachärztlicher Leitung (Oto-Rhino-Laryngologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Phoniatrie oder Neurologie) und in Begleitung eines Logopäden oder einer Logopädin, welche die Zulassungsvoraussetzungen nach KVV<sup>1</sup> erfüllen; ein Jahr kann unter entsprechender fachärztlicher Leitung und in Begleitung eines Logopäden oder einer Logopädin, welche die Zulassungsvoraussetzungen der KVV erfüllen, in einer Facharztpraxis absolviert werden. (Kopie)
1. Wohnsitzbescheinigung der Wohngemeinde (Original)
2. Ein Auszug aus dem Zentralstrafregister, sofern das Leumundszeugnis nicht darauf verweist (Original)
3. Für Ausländer/-innen eine Aufenthalts- und Arbeitsbewilligung oder die Grenzgängerbewilligung des kantonalen Arbeitsamtes.
4. Ggf. Praxisbewilligung und Unbedenklichkeitserklärung des Herkunftskantons

Ort/Datum:

Unterschrift:

Der/die Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass die eingeforderten und gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Sie/er erklärt sich ferner mit der Übermittlung allfälliger Bewilligungsakten von früheren Arbeitsorten an den Kantonsarzt einverstanden.

<sup>1</sup> Art 50, Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995, SR 832.102



---

**Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion**

Kanton Basel-Landschaft

---

Liestal

---

Einzureichen bei Dr. med. D. Schorr, Kantonsarzt, c/o Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion, Bahnhofstrasse 5,  
4410 Liestal