

**Dienststelle Gesundheit**

Meyerstrasse 20  
Postfach 3439  
6002 Luzern  
Telefon 041 228 60 90  
Fax 041 228 67 33  
gesundheit@lu.ch  
www.gesundheit.lu.ch

**BEWILLIGUNGSGESUCH  
für die Beschäftigung einer Assistenzärztin/eines Assistenzarztes**

Personalien der Assistenzärztin/des Assistenzarztes:

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

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

Geburtsdatum: ..... Email: .....

Telefon Privat: ..... Telefon Geschäft: .....

Geburtsort: ..... Heimatort: .....

eidgenössisches Arztdiplom: Ort/Ausstellungsdatum: .....

vom BAG anerkanntes Diplom: Ort/Anerkennungsdatum: .....

Doktorat: Uni/Ausstellungsdatum: .....

Verfügen Sie bereits über eine Assistenten-Bewilligung in einem anderen Kanton?

ja  nein Wenn ja, Kanton: ..... Datum der Bewilligung: .....

**Gesuchstellende Arztpraxis:**

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

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

Telefon: ..... Fax: .....

Assistenz von: ..... bis: .....

- Praxisassistenzprogramm Luzerner Kantonsspital LUKS
- Praxisassistenzprogramm Kantonale Ärztegesellschaft Luzern

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

Ort und Datum

Unterschrift

.....

Luzern, Dezember 2011