



**Gesuchsformular
Betriebsbewilligung für Institutionen der stationären Langzeitpflege**

Name des Betriebs:

.....

§ 26 ff Gesundheitsgesetz Kanton Zug vom 30. Oktober 2008 (BGS 821.1)
§ 39 ff. Gesundheitsverordnung vom 30. Juni 2009 (BGS 821.11)
Art. 58g Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (SR 832.102)

1. Angaben zur Inhaberin bzw. zum Inhaber des Betriebs (Trägerschaft)		
Name der Trägerschaft		
Rechtsform		
Im Handelsregister eingetragen	Ja <input type="checkbox"/> → Auszug beilegen nicht älter als 3 Monate; Kopie oder Inter- net-Ausdruck genügt, Beleg Nr.	Nein <input type="checkbox"/>
Kontaktperson		
Adresse		
PLZ / Ort		
Telefon		
E-Mail		

2. Angaben zum Betrieb	
Name	
Adresse	
PLZ / Ort	
Telefon	
E-Mail	
Homepage	
in Betrieb seit / ab	

Führen einer Betriebsapotheke	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

2.1 Betriebsleitung / gesamtverantwortliche Leitung	
Name / Vorname	
Ausbildung	

2.2 Leitung Pflege	
Name / Vorname	
Ausbildung / Diplom	
Geburtsdatum	
Berufsausübungsbewilligung Kanton Zug	Ja <input type="checkbox"/> Beantragt <input type="checkbox"/>

2.3 Stellvertretung Leitung Pflege	
Name / Vorname	
Ausbildung / Diplom	
Geburtsdatum	
Berufsausübungsbewilligung Kanton Zug	Ja <input type="checkbox"/> Beantragt <input type="checkbox"/>

2.4 Heimärztin / Heimarzt	
Name / Vorname	
Berufsausübungsbewilligung Kanton Zug	Ja <input type="checkbox"/> Beantragt <input type="checkbox"/>

2.5 Leitung Therapeutische Dienste (z. B. Podologie, Ergotherapie etc.)	
Fachbereich	
Name / Vorname	
Ausbildung / Diplom	
Geburtsdatum	
Berufsausübungsbewilligung Kanton Zug	Ja <input type="checkbox"/> Beantragt <input type="checkbox"/>

Fachbereich	
Name / Vorname	
Ausbildung / Diplom	
Geburtsdatum	
Berufsausübungsbewilligung Kanton Zug	Ja <input type="checkbox"/> Beantragt <input type="checkbox"/>

3. Anzahl Betten gesamt	
Anzahl Betten insgesamt	
Einzelzimmer	
Zweierzimmer	

3. Zulassungskriterien

Die Voraussetzungen zur Erteilung einer Betriebsbewilligung sind im Grundsatz in § 27 GesG geregelt. Die organisatorischen und infrastrukturellen Kriterien werden in §§ 40 und 41 Gesundheitsverordnung (GesV, BGS 821.11) näher ausgeführt.

Für die KVG-Zulassung müssen die Qualitätsanforderungen nach Art. 58g Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102) nachgewiesen werden. Nur wenn eine Zulassung beantragt wird, ist ein entsprechendes Gesuch zu stellen. Der Antrag kann online über das [Gesuchsformular Zulassung KVG](#) eingereicht werden.

Die nachfolgend "**fett**" gekennzeichneten Dokumente sind zusammen mit diesem Gesuchsformular dem Amt für Gesundheit, Abteilung Finanzierung, Qualität, Pflege, einzureichen. Die übrigen Dokumente sind zu erstellen und dem Amt für Gesundheit jederzeit zur Einsicht zur Verfügung zu halten.

3.1 Leitbild, Betriebs- und Leistungskonzepte

Kriterien	Ja resp. vorhanden	beiliegend	Bemerkungen	Beleg-Nr.
Leitbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Betriebs- und Leistungskonzept mit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- Organigramm inkl. Name, Vorname, Funktion, Stellenprozent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- Betreuungs- und Pflegedokumentation inkl. Name Software	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- Name des Qualitätsmanagementsystems mit Inhalt und Prozessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- Fehlermanagement oder gesamtschweizerisches Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen z.B. CIRS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- Technische Ausstattung, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen z.B. HIN-Mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- Leistungsangebot des Betriebs im Detail z.B. Gerontopsychiatrie, AÜP u.a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- Sicherheitskonzept für IT / EDV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

- Datensicherheitskonzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- Haftpflichtversicherungspolice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- Hausordnung / Pensionsvertrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- Regelung des Notfalldienstes Vereinbarung, falls qualifiziertes Pflegepersonal einer anderen Institution zur zeitweisen Abdeckung eingesetzt wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- Dokumentation berufliche Meldepflichten und Melderechte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- Umgang mit Zwangsmassnahmen, Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- Interne und externe Kommunikationsstruktur (Vorgaben zum Umgang mit Patientinnen und Patienten, Personal und Dritten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

3.2 Infrastruktur

Kriterien	Ja resp. vorhanden	beiliegend	Bemerkungen	Beleg-Nr.
Erforderliche Geräte, Anlagen und Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Zweckmässige Funktionsräume Pläne mit Zweckbezeichnung der Räumlichkeiten einreichen, falls dies nicht schon vorgängig erfolgt ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Erfüllen von baulichen und technischen Sicherheitssystemen sowie Gewährleistung Schutz für das Personal (s. auch 3.4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Angaben zum Notrufsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

3.3 Personal

Kriterien	Ja resp. vorhanden	beiliegend	Bemerkungen	Beleg-Nr.
Stellenbeschreibungen und Pflichtenhefte für das Leitungsteam und das Fachpersonal / Regelung der Zuständig- und Verantwortlichkeiten sowie der Aufgaben und Kompetenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

3.4 Organisatorische Vorgaben betreffend Sicherheitssystem sowie Schutz des Personals

Kriterien	Ja resp. vorhanden	beiliegend	Bemerkungen	Beleg- Nr.
Weisungen zur Arbeitsplatzsicherheit (EKAS, SUVA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dispositiv für besondere und ausserordentliche Lagen (z. B. Katastrophen, epidemische oder pandemische Erkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Notfalldispositiv (z. B. Unfälle, Brandfall, Notfälle bei Patientinnen und Patienten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hygiene- und Reinigungsvorschriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Name des Sicherheitsbeauftragten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

4. Bemerkungen

Unterschriften

Mit ihrer Unterschrift bestätigen die unterzeichneten Personen die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort / Datum Name, Vorname in Druckschrift	Betriebsleitung: (eigenhändige Unterschrift)
--	--

Für die Trägerschaft bzw. die Inhaberin / den Inhaber des Betriebs (rechtsgültige Unterschriften der gemäss Handelsregister zeichnungsberechtigten Personen):	
Ort / Datum Name, Vorname in Druckschrift	(eigenhändige Unterschrift)
Ort / Datum Name, Vorname in Druckschrift	(eigenhändige Unterschrift)

Das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular ist mit den erforderlichen Beilagen an das Amt für Gesundheit, Gartenstrasse 3, 6300 Zug, einzureichen. Für Fragen stehen wir Ihnen unter +41 41 594 39 39 gerne zur Verfügung.