GAeSO
Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn

BEITRITTSERKLÄRUNG / AUFNAHMEGESUCH

Mitgliedschaft GAeSO - natürliche Personen

Dieses Formular gilt für Ärztinnen und Ärzte als natürliche Personen. Es ist nicht für die Aufnahme einer Arztpraxis, einer ambulanten Einrichtung oder sonstigen juristischen Person bestimmt.

Hinweis zum Aufnahmegesuch

Mit diesem Formular beantragt die unterzeichnende Person die Aufnahme in die Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn (GAeSO) als ordentliches Mitglied.

Die Aufnahme setzt die statutarischen Voraussetzungen und den Beschluss des zuständigen Organs voraus. Für Abrechnungen zulasten KVG/UVG/MVG/IVG (OKP) ist zusätzliche der Beitritt zu den Tarifverträgen nötig. Die Beitritte zu den Tarifstrukturverträgen bzw. den kantonalen Tarifverträgen erfolgen über das Portal «myFMH». Überdies sind weitere behördliche Bewilligungen erforderlich.

Das Formular ist ausgefüllt und unterzeichnet mit den Beilagen an das Sekretariat der GAeSO per Email gaeso@hin.ch einzureichen.

1. Beantragte Mitgliedschaft

☐ Ordentliche Mitgliedschaft GAeSO Tätigkeit im Gesundheitsbereich im Kanton Solothurn; GAeSO als Basisorganisation.

☐ Ausserordentliche Mitgliedschaft GAeSO: Voraussetzungen grundsätzlich erfüllt, jedoch keine aktuelle Tätigkeit im Gesundheitsbereich im Kanton Solothurn.

☐ Ich bin bereits FMH-Mitglied. FMH-Nr.: _____

☐ Ich beantrage gleichzeitig die ordentliche Mitgliedschaft bei der FMH.

2. Personalien

Anrede / Titel	☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers / keine Angabe Titel: _____
Name	_____
Vorname	_____
Geburtsdatum	_____ Heimatort / Staat: _____
Nationalität	_____
MedReg-Nr.	_____
FMH-Nr. / GLN	FMH-Nr.: _____ GLN/EAN: _____
Korrespondenzsprache	☐ Deutsch ☐ Französisch ☐ Italienisch ☐ Englisch Andere: _____

3. Private Kontaktangaben

Strasse / Nr.	_____
PLZ / Ort	_____
Telefon / Mobile	_____
E-Mail privat	_____

4. Praxis- oder Berufsadresse

Praxis / Spital / Institution	_____
Strasse / Nr.	_____
PLZ / Ort	_____
Telefon	_____
E-Mail beruflich	_____
Website	_____
Korrespondenzadresse	☐ private Adresse ☐ Berufsadresse

5. Ausbildung, Weiterbildung und berufliche Qualifikationen

Eidg. Staatsexamen	Ort: _____ Jahr: _____
Ausländisches Arztdiplom	Ort / Staat: _____ Jahr: _____ Anerkennung: ☐ ja ☐ beantragt
Doktor-Diplom	Ort: _____ Jahr: _____
Facharzttitel / Diplome	_____
Schwerpunkte / Fähigkeitsausweise	_____
Muttersprache	_____

GAeSO
Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn

Weitere Sprachen	_____
Bisherige Tätigkeit	seit: _____ Beschreibung: _____

6. Aktuelle berufliche Stellung

- ☐ selbständige Praxistätigkeit
- ☐ Assistenzärztin / Assistenzarzt
- ☐ Leitende Ärztin / Leitender Arzt
- ☐ Belegärztin / Belegarzt
- ☐ Privatpraxis
- ☐ Gruppenpraxis
- ☐ angestellte Ärztin / angestellter Arzt
- ☐ Oberärztin / Oberarzt
- ☐ Chefärztin / Chefarzt
- ☐ Konsiliarärztin / Konsiliararzt
- ☐ Privatpraxis im Spital
- ☐ andere Stellung: _____

7. Angaben zur Berufsausübung

Berufsausübungsbewilligung	☐ vorhanden ☐ beantragt ☐ nicht erforderlich ☐ nein
Kanton / Behörde	_____
Bewilligung gültig ab	_____ allfällige Auflagen: _____
Arbeitgeber bei Anstellung	_____
Funktion	_____
Arbeitspensum	_____ % ab: _____
ZSR-Nr.	_____
Belegarzt-Tätigkeit	☐ ja, Spital: _____ ☐ nein

8. Weitere Mitgliedschaften

VSAO / VLSS	☐ VSAO ☐ VLSS ☐ keine Bemerkungen: _____
Andere kantonale Ärztegesellschaften	_____
Fachgesellschaften / weitere Verbände	_____

9. Tarif- und Anschlussverträge / Abrechnung zulasten Sozialversicherungen

Der Beitritt erfolgt über das Portal der FMH: www.myFMH.ch . Bei Fragen steht Ihnen die FMH direkt zur Verfügung.

Beabsichtigte Abrechnung

- ☐ KVG / obligatorische Krankenpflegeversicherung
- ☐ MVG
- ☐ keine Abrechnung zulasten Sozialversicherungen vorgesehen
- ☐ UVG
- ☐ IVG
- ☐ noch offen / in Abklärung

10. Erklärung zum Notfalldienst gemäss Medizinalberufegesetz und kantonalem Gesundheitsgesetz

Hiermit bestätige ich, dass ich im Rahmen der gesetzlichen Grundlagen meinen Notfalldienstpflicht erfüllen muss.

- ☐ Ich beantrage die Organisatorische Aufnahme in den Notfalldienstkreis
- ☐ Ich möchte Hintergrunddienst leisten.

☐ Ich reiche ein begründetes Gesuch um Befreiung der Notfalldienstpflicht ein, allenfalls unter Anordnung einer Ersatzabgabe.

Diese Angaben gehen direkt an die Notfalldienstkommission zwecks Organisation des Notfalldienstes. Rückfragen unter: nftd.

GAeSO
Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte
des Kantons Solothurn

10. Erklärungen der Antragstellerin / des Antragstellers

☐ Ich bestätige, dass alle Angaben in diesem Formular vollständig und wahrheitsgetreu sind und melde wesentliche Änderungen unverzüglich dem Sekretariat der GAeSO.
☐ Ich bestätige, dass ich als natürliche Person und nicht als juristische Person oder Praxisorganisation um Aufnahme ersuche.
☐ Für den Fall der Aufnahme verpflichte ich mich zur Einhaltung der Statuten der GAeSO und der FMH, der Standesordnung der FMH, der Fortbildungsordnung sowie weiterer verbindlicher Beschlüsse und statutarischer Verpflichtungen der GAeSO, der FMH und der mit ihnen assoziierten Organisationen.
☐ Ich anerkenne die Pflicht zur Bezahlung der ordentlichen Mitgliederbeiträge sowie allfälliger Sonderbeiträge, ausserordentlicher Beiträge, Ersatzabgaben, Bussen und Verfahrenskosten gemäss den anwendbaren Statuten, Reglementen und Beschlüssen.
☐ Ich verpflichte mich zur korrekten Rechnungsstellung und - im Bereich der obligatorischen Sozialversicherung - zur Beschränkung auf kosteneffektive Untersuchungen und Behandlungen.
☐ Ich nehme zur Kenntnis, dass bei selbständiger bzw. frei praktizierender Tätigkeit zusätzliche Pflichten bestehen können, namentlich im Zusammenhang mit regionaler Ärztevereinigung, Notfalldienst, Tarifdaten / Trustcenter sowie kantonalen und eidgenössischen Bewilligungs- und Berufspflichten.
☐ Ich erkläre, dass gegen mich kein laufendes Verfahren besteht, das meine Berufsausübung, meinen Leumund oder meine Mitgliedschaft wesentlich berühren könnte, bzw. ich lege entsprechende Informationen offen.

Offenzulegende Verfahren / Auflagen / Bemerkungen	_____ _____

11. Datenschutz und Datenbearbeitung

Ich bin damit einverstanden, dass die GAeSO die im Aufnahmegesuch enthaltenen Daten zur Prüfung des Gesuchs, zur Mitgliederadministration, zur Erfüllung statutarischer Aufgaben, zur Beitrags- und Tarifadministration, zur Kommunikation mit der FMH, mit der Notfalldienstkommission und den Dienstplanern sowie weiteren berechtigten Stellen sowie zur Erfüllung gesetzlicher und statutarischer Pflichten bearbeitet und weitergibt, soweit dies erforderlich und zulässig ist. Gesetzliche Rechte nach dem Datenschutzrecht bleiben vorbehalten.

12. Beilagen zum Aufnahmegesuch

☐ Curriculum vitae
☐ Aktueller Auszug aus dem Strafregister
☐ Aktueller Auszug aus dem Betreibungsregister
☐ Nachweis über das eidgenössisch anerkannte Arztdiplom
☐ Nachweise über Facharzttitel, Schwerpunkte, Fähigkeitsausweise und weitere Diplome
☐ Ausgefüllte und unterzeichnete Beitrittserklärung zur FMH bzw. Nachweis bestehender FMH-Mitgliedschaft
☐ Bei beabsichtigter selbständiger Tätigkeit: Berufsausübungsbewilligung oder Nachweis des laufenden Gesuchs
☐ Bei Abrechnung zulasten KVG/UVG/MVG/IVG: separat erforderliche Tarif- und Beitrittserklärungen der FMH und/oder GAeSO
☐ Weitere Unterlagen gemäss Aufforderung des Sekretariats oder des Vorstandes

Unterzeichnung

Ort / Datum	**Unterschrift Antragsteller/in**
_____	_____

Mit der Unterschrift wird das Aufnahmegesuch verbindlich eingereicht. Die Aufnahme erfolgt erst nach statutarischem Entscheid des zuständigen Organs.

GAeSO
Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte
des Kantons Solothurn

INTERN: Nur für das Sekretariat / den Vorstand der GAeSO

Eingang Gesuch	Datum: _____
Unterlagen vollständig	☐ ja ☐ nein, fehlend: _____
Publikation / Einsprachefrist	Publiziert am: _____ Frist abgelaufen am: _____
Persönliche Vorstellung	Datum / Bemerkungen: _____
Vorstandsentscheid	☐ Aufnahme ☐ Ablehnung ☐ Rückstellung Entscheid vom: _____
Mitgliederkategorie	☐ ordentlich ☐ ausserordentlich Beitragskategorie: _____
Regionale Ärztevereinigung	_____
Interne Bemerkungen	_____ _____

Visum GAeSO

Ort / Datum	**Für die GAeSO**
_____	_____