



## **Erklärung Verantwortungsübernahme zahnärztliche Leitung**

Hiermit bestätige ich:

\_\_\_\_\_

die zahnärztliche Leitung für die nachfolgende ambulante zahnärztliche Institution

\_\_\_\_\_

im Sinne von § 36 Abs. 1 lit. d GesG zu übernehmen und die mit dieser Funktion einhergehende medizinische Verantwortung wahrzunehmen, insbesondere für

- die medizinischen Handlungen / Behandlungen (Anamnese, Befund, Diagnose, Aufklärung, Therapie) der Patientinnen und Patienten nach lege artis, unter Wahrung der zahnärztlichen Unabhängigkeit
- das Notfallmanagement
- das Hygienemanagement
- die korrekte Führung und Aufbewahrung der Patientendokumentationen, inklusive Sicherstellung des Datenschutzes und der Datensicherheit sowie der Zugänglichkeit für die Patientinnen und Patienten (auch über eine allfällige Betriebsauflösung hinaus)
- die Einhaltung der gesundheitspolizeilichen Vorschriften
- die Gewährleistung der Qualität der Leistungserbringung
- die sorgfaltsgemässe Medikamentenbewirtschaftung und Bewirtschaftung der Medizinprodukte

Ort / Datum:

Unterschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_