



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion



Ärztin / Arzt

Meldung der beabsichtigten Aufnahme einer zeitlich begrenzten selbstständigen Tätigkeit (90-Tage-Dienstleistung) für Personen mit Bewilligung aus einem anderen Kanton

Kantonsärztlicher Dienst
Stampfenbachstrasse 30
Postfach
8090 Zürich
Telefon +41 43 259 24 09
Fax +41 43 259 51 51
kantonsarzt.sekretariat@gd.zh.ch
www.gd.zh.ch

Erläuterungen zum vorliegenden Gesuchformular entnehmen Sie bitte dem Merkblatt.

⇒ Bitte Zutreffendes ankreuzen

1. Grund des Gesuches / der Mutation

		Was ist auszufüllen?	Beilagen
<input type="checkbox"/>	Anzeige der zeitlich begrenzten selbstständigen Tätigkeit (90-Tage-Dienstleistung)	Vollständig ausgefülltes Anzeigeformular	Sämtliche Unterlagen gemäss Anhang 1a
<input type="checkbox"/>	Anzeige der Fortsetzung einer zeitlich begrenzten selbstständigen Tätigkeit (90-Tage-Dienstleistung)	Vollständig ausgefülltes Anzeigeformular	Unbedenklichkeitserklärung gemäss Anhang 1a
<input type="checkbox"/>	Änderung der Persönlichen Angaben (Name, Bürgerort, Staatsangehörigkeit)	<ul style="list-style-type: none">- Ziff. 2.1 Personalien- Ziff. 4 Unterschrift	<ul style="list-style-type: none">- Kopie Dokument, das die Änderungen (Name, Bürgerort, Staatsangehörigkeit) belegt- Bei Namensänderung; neue Unterschriftenkarte (können unter kantonsarzt.sekretariat@gd.zh.ch bestellt werden)
<input type="checkbox"/>	Änderung der Praxis- oder Wohnadresse	<ul style="list-style-type: none">- Ziff. 2.1 Personalien- Ziff. 2.2, 2.3 resp. 3.1 / 3.2- Ziff. 4 Unterschrift	
<input type="checkbox"/>	Änderung des Weiterbildungstitels/ Doktorat	<ul style="list-style-type: none">- Ziff. 2.1 Personalien- Ziff. 2.5, 2.6 resp. 2.7 Doktorat/ Weiterbildungstitel/Privatrechtliche und universitäre Weiterbildung- Ziff. 4 Unterschrift	<ul style="list-style-type: none">- Unterlagen betreffend Weiterbildungstitel bzw. Doktorat gemäss Merkblatt



2. Angaben zur Person

2.1 Personalien

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m / w

Staatsangehörigkeit _____

Bürgerort(e)/Kanton (bei
Ausländern: Geburtsort/-land) _____

Geburtsname _____

AHV-Nr. _____

GLN-Nr. (sofern bereits vorhanden) _____

ZSR-Nr. (sofern bereits vorhanden) _____

2.2 Ständige Wohnadresse

Strasse _____

Postleitzahl/Ort _____

Telefon Privat _____

Telefon Mobil _____

E-Mail _____

2.3 Ständige Praxisadresse im anderen Kanton

Strasse _____

Postleitzahl/Ort _____

Telefon Praxis _____

Telefon Mobil _____

E-Mail _____

Praxisstempel:



2.4 Arzt-Diplom

Ausstellende Stelle/Ort/Staat _____

Ausstellungsdatum _____

2.5 Akademischer Titel (Doktorat o.ä.)

Bezeichnung _____

Ausstellende Stelle/Ort/Staat _____

Ausstellungsdatum _____

2.6 Weiterbildungstitel

Facharzttrichtung _____

Ausstellende Stelle/Ort/Land _____

Ausstellungsdatum _____

2.7 Privatrechtliche und universitäre Weiterbildungstitel (WBA, Master u.a.)

Bezeichnung _____

Ausstellende Stelle/Ort/Land _____

Ausstellungsdatum _____

3. Angaben über die gewünschte zeitlich begrenzte Tätigkeit im Kanton Zürich (max. 90 Tage pro Kalenderjahr)

3.1 Praxisadresse im Kanton Zürich

Strasse _____

Postleitzahl/Ort _____

Ev. Praxiszusatzbezeichnung _____

Telefon _____ Telefax _____

E-Mail _____

Datum Tätigkeitsaufnahme _____



3.2 Wohn- und Kontaktadresse während der Tätigkeit im Kanton Zürich

Strasse _____

Postleitzahl/Ort/Land _____

Telefon _____ Telefax _____

E-Mail _____

4. Die/der Unterzeichnende bestätigt, dieses Formular vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.
(Unvollständige Gesuche werden zur Ergänzung retourniert.)

Ort und Datum:

Unterschrift:

Anhang 1a

Beilagen zur Meldung über die beabsichtigte Aufnahme einer auf 90 Arbeitstage pro Kalenderjahr begrenzten selbstständigen ärztlichen Tätigkeit (90 Tage-Dienstleister)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eidgenössisches Arztdiplom | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Ausländisches Arztdiplom <u>und</u> | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Anerkennungsbestätigung des ausländischen Arztdiploms
(Medizinalberufekommission, Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern,
www.admin.ch/bag) | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Doktordiplom | amtlich beglaubigte Kopie des Originals* |
| <input type="checkbox"/> Eidgenössischer Weiterbildungstitel | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Ausländischer Weiterbildungstitel <u>und</u> | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Anerkennungsbestätigung des ausländischen Weiterbildungstitels
(Medizinalberufekommission, Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern,
www.admin.ch/bag) | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Weitere akademische Titel | amtlich beglaubigte Kopie |
| <input type="checkbox"/> 2 Unterschriftenkarten ** | amtlich beglaubigte Originale ** |
| <input type="checkbox"/> Vollständig ausgefülltes Formular über die bisherige berufliche Tätigkeit | Formular Anhang 2 |
| <input type="checkbox"/> Berufsausübungsbewilligung(en) eines oder mehrerer anderer Kantone | amtlich beglaubigte Kopie |
| <input type="checkbox"/> Unbedenklichkeitserklärung | Original oder amtlich beglaubigte Kopie* |

Bescheinigung der zuständigen Behörde des Niederlassungskantons, aus der hervorgeht, dass und wo Sie die ärztliche Tätigkeit im Niederlassungskanton rechtmässig selbstständig ausüben, und dass keine bzw. welche Einschränkungen und Auflagen der Berufsausübungsbewilligung bestehen (mit amtlich beglaubigter Übersetzung in die deutsche Sprache)

* Bei ausländischen, nicht in Deutsch abgefassten, Dokumenten ist zusätzlich eine amtlich beglaubigte Übersetzung in die deutsche Sprache nötig.

** Die Unterschriftenkarten müssen unter Kantonsarzt.Sekretariat@gd.zh.ch bestellt werden.

Anhang 2

Formular bisherige berufliche Tätigkeit (selbstständige und unselbstständige Tätigkeit)

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

1) Arbeitgeber _____

von _____ bis _____

Funktion _____

2) Arbeitgeber _____

von _____ bis _____

Funktion _____

3) Arbeitgeber _____

von _____ bis _____

Funktion _____

4) Arbeitgeber _____

von _____ bis _____

Funktion _____

5) Arbeitgeber _____

von _____ bis _____

Funktion _____

6) Arbeitgeber _____

von _____ bis _____

Funktion _____

7) Arbeitgeber _____

von _____ bis _____

Funktion _____

Der/die Unterzeichnende bestätigt, diese Aufstellung vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum:

Unterschrift

.....

.....