



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion



Ärztin / Arzt

Antrag zur Bewilligung einer Assistenzärztin/ eines Assistenzarztes (Assistentenbewilligung)

Mai 2013

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

1. Gesuchsteller (Praxisinhaber/-in)

Praxisstempel:

Name, Vorname

Praxisadresse

Telefon

2. Angaben zur klinischen Tätigkeit der Assistenzärztin / des Assistenzarztes

Datum der Arbeitsaufnahme

Datum der Beendigung der Tätigkeit (falls Anstel-
lung befristet)

Vorgesehener klinischer Arbeitsumfang in %

3. Angaben zur Person der Assistenzärztin / des Assistenzarztes

3.1 Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

m / w

Staatsangehörigkeit

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

Geburtsname

AHV-Nummer



3.2 Wohnadresse

Strasse

Postleitzahl/Ort/Land

Telefon Privat

Telefon Mobil

E-Mail

4. Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit der Assistenzärztin / des Assistenzarztes

1. War die Assistenzärztin / der Assistenzarzt bereits mit einer Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung in einem anderen Kanton / Land tätig?
Falls ja, wo? (genaue Adresse)

Ja Nein

2. War die Assistenzärztin / der Assistenzarzt bereits als Assistenzärztin resp. Assistenzarzt oder Praxisvertreterin resp. Praxisvertreter im Kanton Zürich tätig?
Falls ja, zuletzt bei (Arzt/Ärztin und/oder Institution und genaue Adresse)

Ja Nein

5. Evtl. austretende Assistentin / austretender Assistent (bei mehreren Ärztinnen/Ärzten bitte Zusatzblatt erstellen)

Name, Vorname

Austritt per:

6. Der/die Antragsteller(in) bestätigt, dieses Formular vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben. (Unvollständige Gesuche werden zur Ergänzung retourniert.)

Ort und Datum

Unterschrift

7. Die/Der Assistenzärztin/-arzt bestätigt, dieses Formular vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben. (Unvollständige Gesuche werden zur Ergänzung retourniert.)

Ort und Datum

Unterschrift



Anhang 1

Beilagen zum Gesuch um eine Assistenzbewilligung

Bei jedem Gesuch einzureichen:

Zwingend:

- Aufstellung der vom Gesuchsteller/von der Gesuchstellerin bereits beschäftigten Assistenzärzte/Assistenzärztinnen mit Angabe der Stellenprozente Original

Bei erstmaliger Assistenz in einer Arztpraxis im Kanton Zürich müssen folgende Beilagen eingereicht werden:

Zwingend:

- Eidgenössisches Arzt Diplom Kopie
 - Ausländisches Arzt Diplom und Kopie
 - Anerkennungsbestätigung des ausländischen Arzt Diploms (Medizinalberufekommission, Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern, www.admin.ch/bag) Kopie
 - 1 Unterschriftenkarte Original (die Unterschriftenkarte muss unter kantonsarzt.sekretariat@gd.zh.ch bestellt werden) Original, nicht älter als 3 Monate
 - Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister (Schweizerisches Strafregister, Dienst für Auszüge an Privatpersonen, Bundesrain 20, 3003 Bern; online unter www.bj.admin.ch)
 - bei Zuzug aus dem Ausland: Strafregisterauszüge früherer Wohnsitz- oder Aufenthaltsstaaten (der letzten 5 Jahre) Original, nicht älter als 3 Monate**
 - Vollständig ausgefülltes Formular über die bisherige berufliche Tätigkeit (inkl. Arbeitszeugnisse) Formular Anhang 2 inkl. Kopien Arbeitszeugnisse***
- Falls vorhanden:
- Doktordiplom / Akademisches Diplom (falls vorhanden) Kopie
 - Urkunde eidgenössischer Facharzt titel FMH Kopie***
 - Urkunde ausländischer Facharzt titel und Kopie***
 - Anerkennungsbestätigung des ausländischen Facharzt titels (Medizinalberufekommission, Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern, www.admin.ch/bag)

* Falls Sie den Strafregisterauszug in elektronischer Form bestellt haben, müssen Sie uns diesen in Fotokopie und zur Durchführung der Validierung zusätzlich im pdf-Format inkl. Zugangscode an die Email-Adresse kantonsarzt.sekretariat@gd.zh.ch einreichen

** bei ausländischen, nicht in einer Amtssprache der Schweiz abgefassten Unterlagen, ist zusätzlich eine amtlich beglaubigte Übersetzung in die deutsche Sprache nötig

*** falls ein Facharzt titel vorhanden ist kann auf das Einreichen der Arbeitszeugnisse in Kopie verzichtet werden, es muss dann nur das ausgefüllt Formular bisherige berufliche Tätigkeit eingereicht werden



Anhang 2

Formular bisherige berufliche 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