



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion

Gesuch um Bewilligung der selbstständigen Berufsausübung als Ärztin/Arzt

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 beiliegenden Merkblatt. Bitte Zutreffendes ankreuzen

⇒ Bitte Zutreffendes ankreuzen

1. Grund des Gesuches / der Mutation

		Was ist auszufüllen?	Beilagen
<input type="checkbox"/>	Erstmalige Erteilung der selbstständigen Berufsausübung im Kanton Zürich	- Vollständig ausgefülltes Gesuchsformular	- Sämtliche zutreffenden Unterlagen gemäss Anhang 1
<input type="checkbox"/>	Ordentliche Bewilligungserneuerung nach 10 Jahren	- Ziffer 2.1 Personalien - Ziffer 2.2 Wohnadresse - Ziffer 3 Praxisdaten - Ziffer 5 Unterschrift	- Nachweis der Erfüllung der Berufspflichten (Fortbildung, Berufshauptpflicht, Notfalldienst) gemäss Merkblatt
<input type="checkbox"/>	Bewilligungserneuerung bei Alter 70 plus (für 3 Jahre)	- Ärzte/Ärztinnen werden vorgängig vom Kantonsärztlichen Dienst angeschrieben	
<input type="checkbox"/>	Änderung der persönlichen Angaben (Name, Bürgerort, Staatsangehörigkeit)	- Ziffer 2.1 Personalien - Ziffer 5 Unterschrift	- Kopie Dokument, das die Änderungen (Name, Bürgerort, Staatsangehörigkeit) belegt - Bei einer Namensänderung müssen neue Unterschriftenkarten unter kantonsarzt.sekretariat@gd.zh.ch bestellt werden
<input type="checkbox"/>	Änderung der Praxis- oder Wohnadresse	- Ziffer 2.1 Personalien - Ziffer 2.2 resp. 3 - Ziffer 5 Unterschrift	
<input type="checkbox"/>	Änderung des Weiterbildungstitels/ Doktorat	- Ziffer 2.1 Personalien - Ziffer 2.4 resp. 2.5 Doktorat/ Weiterbildungstitel - Ziffer 5 Unterschrift	- Unterlagen betreffend Weiterbildungstitel bzw. Doktorat gemäss Anhang 1



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./ZSR-Nr. (sofern bereits
vorhanden)

2.2 Wohnadresse

Strasse

Postleitzahl/Ort/Land

Telefon Privat

Telefon Mobil

E-Mail

2.3 Arzt-Diplom

Ausstellende Stelle/Ort/Staat

Ausstellungsdatum

2.4 Akademischer Titel (Doktorat o.ä.)

Bezeichnung

Ausstellende Stelle/Ort/Staat

Ausstellungsdatum

2.5 Weiterbildungstitel

Facharztrichtung

Ausstellende Stelle/Ort/Land

Ausstellungsdatum

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

Bezeichnung

Ausstellende Stelle/Ort/Land

Ausstellungsdatum

3. Angaben zum Ort der selbstständigen Berufsausübung/Praxisdaten

Praxisadresse im Kanton Zürich

Strasse _____
Postleitzahl/Ort _____
Ev. Praxiszusatzbezeichnung _____
Telefon _____
Telefax _____
E-Mail _____
Verbindliches Datum der Praxiseröffnung _____
Praxisübernahme von _____
Praxisgemeinschaft mit _____

4. Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

1. Verfügen Sie schon über eine Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung in einem oder mehreren anderen Kanton(en)/Staat(en)? Ja Nein
2. Haben Sie schon in einem anderen Kanton/Staat selbstständig eine Praxis geführt? Ja Nein
3. Wurde Ihnen in einem anderen Kanton/Staat die Praxisbewilligung verweigert oder entzogen? Ja* Nein
4. Haben Sie bis zu diesem Datum schon in einem anderen Kanton/Staat ein Gesuch um Berufsausübungsbewilligung gestellt, ohne dass es zu einer Bewilligungserteilung gekommen ist? Ja* Nein
5. Laufen Verfahren gegen Sie in einem anderen Kanton/Staat (aufsichtsrechtliche Verfahren, kassenärztliche Verfahren, Strafverfahren, Haftpflicht- oder Zivilverfahren mit Bezug auf die berufliche Tätigkeit)? Ja* Nein

*** wurden eine oder mehrere Fragen mit ja beantwortet, benötigen wir zwingend eine schriftliche Begründung unter Beilage der Akten.**

5. Bestätigung

Die/der Unterzeichnende bestätigt, diese Gesuchsunterlagen vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben:

Ort und Datum:

Unterschrift:

.....

.....

Anhang 1: Beilagen zum Gesuch der selbstständigen Berufsausübung als Ärztin / Arzt

<input type="checkbox"/> Eidgenössisches Arztdiplom	Kopie
<input type="checkbox"/> Ausländisches Arztdiplom <u>und zusätzlich</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 zusätzlich</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"/> 4 Unterschriftenkarten **	amtlich beglaubigte Originale**
<input type="checkbox"/> Handlungsfähigkeitszeugnis*** (bei Wohnsitz in CH)	Original, nicht älter als 3 Monate
<input type="checkbox"/> Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister (Schweizerisches Strafregister, Dienst für Auszüge an Privatpersonen, Bundesrain 20, 3003 Bern; online unter www.bj.admin.ch)****	Original, nicht älter als 3 Monate
<input type="checkbox"/> bei Zuzug aus dem Ausland: Strafregisterauszüge früherer Wohnsitz- oder Aufenthaltsstaaten (der letzten 10 Jahre)	Original, nicht älter als 3 Monate*
<input type="checkbox"/> Vollständig ausgefülltes Formular über die bisherige berufliche Tätigkeit samt entsprechenden Arbeitszeugnissen (FMH-Zeugnisse inkl. Evaluationsprotokolle)	Formular Anhang 2 Zeugnisse in Kopie
<input type="checkbox"/> Berufsausübungsbewilligung(en) eines od. mehrerer anderer Kantone/Staaten	amtlich beglaubigte Kopie
<input type="checkbox"/> Bei früherer selbstständiger Tätigkeit in einem od. mehreren anderen Kanton(en) / Staat(en): Unbedenklichkeitserklärung (Certificate of Good Standing) der zuständigen Gesundheitsbehörde(n)	Original oder amtlich beglaubigte Kopie*
<input type="checkbox"/> Kündigungsbestätigung (bisherige Anstellung) oder	Kopie
<input type="checkbox"/> Einverständniserklärung des/der bisherigen Arbeitgebers/in	Original

* 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.

*** Bei Vorlage einer gültigen Berufsausübungsbewilligung und einer aktuellen Unbedenklichkeitserklärung (Certificate of Good Standing) wird auf die Einreichung eines Handlungsfähigkeitszeugnisses verzichtet.

**** 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.

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

.....

.....