



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion



Ambulante ärztliche Institution Gesuch um Bewilligung der Beschäftigung einer Ärztin / eines Arztes (Assistentenbewilligung)

März 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

1. Gesuchstellende Institution / Trägerschaft

Stempel:

1.1 Name und genaue Adresse der Institution:

Name

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

1.2 Name und genaue Adresse der Trägerschaft:

Name

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

1.3 Rechtsform der Trägerschaft:

1.4 Name gesamtverantwortliche Leitung:

1.5 Name verantwortliche ärztliche Leitung:

2. Angaben zur klinischen Tätigkeit der Assistenzärztin / des Assistenzarztes

Datum der Arbeitsaufnahme _____

Datum der Beendigung der Tätigkeit (falls Anstellung 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-Nr. _____

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? Ja Nein
Falls ja, wo? (genaue Adresse)

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



5. Evtl. austretende Assistentin / austretender Assistent (bei mehreren Personen bitte Zusatzblatt erstellen.

Name, Vorname

Austritt per:

6. Die Institution/Trägerschaft 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 erstmaliger Assistenz im Kanton Zürich müssen folgende Beilagen eingereicht werden:

Zwingend:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eidgenössisches Arztdiplom | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Ausländisches Arztdiplom <u>und</u>
<input type="checkbox"/> Anerkennungsbestätigung des ausländischen Arztdiploms
(Medizinalberufekommission, Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern,
www.admin.ch/bag) | Kopie
Kopie |
| <input type="checkbox"/> 1 Unterschriftenkarte | Original (die Unterschriftenkarte
muss unter
kantonsarzt.sekretariat@gd.zh.ch
bestellt werden)
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)***
<input type="checkbox"/> bei Zuzug aus dem Ausland:
Strafregisterauszüge früherer Wohnsitz- oder Aufenthaltsstaaten (der
letzten 5 Jahre) | Original, nicht älter als 3 Monate* |
| <input type="checkbox"/> Vollständig ausgefülltes Formular über die bisherige berufliche Tätigkeit
(inkl. Arbeitszeugnisse) | Formular Anhang 2 inkl.
Kopien Arbeitszeugnisse** |
| Falls vorhanden: | |
| <input type="checkbox"/> Doktordiplom / Akademisches Diplom (falls vorhanden) | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Urkunde eidgenössischer Facharzttitel FMH | Kopie** |
| <input type="checkbox"/> Urkunde ausländischer Facharzttitel und
<input type="checkbox"/> Anerkennungsbestätigung des ausländischen Facharzttitels
(Medizinalberufekommission, Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern,
www.admin.ch/bag) | Kopie** |

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

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

*** 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

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
