



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion



Berufsausübungsbewilligung mit vorhandener Bewilligung aus einem anderen Kanton

Bewilligungen & Aufsicht

Stampfenbachstrasse 30

Postfach

8090 Zürich

Telefon +41 43 259 24 09

gesundheitsberufe@gd.zh.ch

www.gd.zh.ch

1. Für welchen Beruf möchten Sie eine Berufsausübungsbewilligung aus einem anderen Kanton bestätigen lassen?

Ärztin / Arzt

Akupunkteur/in

Chiropraktikerin / Chiropraktiker

Dentalhygieniker/in

Ergotherapeut/in

Ernährungsberater/in

Geburtshelfer/in

Laborleiter/in

Logopäde/Logopädin

Zahnprothetiker/in

Osteopath/in

Pflegefachmann/frau

Physiotherapeut/in

Podolog/in

Psychologische/r Psychotherapeut/in

Zahnärztin / Zahnarzt

2. Personalien

Vorname

Nachname

Geburtsname

Geburtsdatum

Geschlecht:

m

w

Nationalität

Heimatort



2.1 Wohnadresse

Strasse

PLZ und Ort

Land

Telefon

E-Mail

3. Aus- und Weiterbildung der Fachbereiche Medizin, Zahnmedizin, Chiropraktik und Neuropsychologie

3.1 Akademischer Titel (Doktorat o.ä.)

Bezeichnung

Ausstellende Stelle / Ort / Staat

Ausstellungsdatum

3.2 Privatrechtliche und universitäre Weiterbildungstitel

Bezeichnung

Ausstellende Stelle / Ort / Staat

4. Aus- und Weiterbildung der weiteren Fachbereiche

4.1 Diplom

Ausstellende Stelle / Ort / Staat

Ausstellungsdatum

4.2 Akademischer Titel (Doktorat o.ä.)

Bezeichnung

Ausstellende Stelle / Ort / Staat

Ausstellungsdatum



5. Angaben zur geplanten fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübung

5.1 Art der geplanten Tätigkeit

Im Anstellungsverhältnis (fachlich eigenverantwortlich, aber im Namen und auf Rechnung des Arbeitgebers)

Sozialversicherungsrechtlich selbstständig (Tätigkeit in fachlicher Eigenverantwortung, im eigenen Namen und auf eigene Rechnung).

6. Tätigkeitsadresse

6.1 Auszufüllen, wenn Sie in einer Praxis / Firma arbeiten

Name der Praxis/Firma

Strasse

PLZ und Ort

Telefonnummer

E-Mail

Website

Geplantes Datum der Arbeitsaufnahme

Klinischer Arbeitsumfang in Prozent (falls bekannt)

6.2 Auszufüllen, wenn Sie eine Praxis/Firma übernehmen

Name der Praxis/Firma

Vor- und Nachname des/der vorherigen Zahn-/Ärztin/ Zahn-/Arzt

Strasse

PLZ und Ort

Telefonnummer

E-Mail

Website

Geplantes Datum der Arbeitsaufnahme

Klinischer Arbeitsumfang in Prozent (falls bekannt)



7. Angaben zur bisherigen beruflichen Tätigkeit

Verfügen Sie schon über eine
Berufsausübungsbewilligung in einem oder
mehreren anderen Kanton(en) / Staat(en)?

Ja, aus einem anderen Kanton
Ja, aus einem anderen Staat
Nein

Wurde Ihnen in einem anderen Kanton/Staat
die Bewilligung zur Berufsausübung in
eigener fachlicher Verantwortung verweigert
oder entzogen?

Ja
Nein

Wenn Ja, bitte begründen:

Laufen Verfahren gegen Sie in einem
anderen Kanton/Staat (Aufsichtsrechtliche
Verfahren, Strafverfahren, Haftpflicht- oder
Zivilverfahren mit Bezug auf die berufliche
Tätigkeit)?

Ja
Nein

Wenn Ja, bitte begründen:

Liegen in der Schweiz oder in anderen
Staaten Strafregistereinträge gegen Sie vor?

Ja
Nein

Wenn Ja, bitte begründen:

8. Die oder der Unterzeichnende bestätigt, das Gesuch vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben. (Unvollständige Gesuche werden zur Ergänzung retourniert)

Ort und Datum

Unterschrift



Beilagen

Für die Fachbereiche Medizin, Zahnmedizin, Chiropraktik und Neuropsychologie

Arbeitszeugnisse und/oder FMH-Zeugnisse der letzten 5 Jahre	Kopie Nur, wenn Sie über eine Berufsausübungsbewilligung aus einem anderen Staat verfügen. Wenn Sie eine Berufsausübungsbewilligung aus einem anderen Kanton besitzen, müssen keine Zeugnisse eingereicht werden.
Anstellungsbestätigung bei andauernder Anstellung	Kopie Nur bei unselbständiger Berufsausübung
Vollmacht	Sofern Sie das Gesuch durch eine Drittperson einreichen lassen

Für die weiteren Fachbereiche

Anstellungsbestätigung bei andauernder Anstellung	Kopie Nur bei unselbständiger Berufsausübung
Vollmacht	Sofern Sie das Gesuch durch eine Drittperson einreichen lassen