



Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion

# **Erstmaliges Gesuch zur Betriebsbewilligung für ambulante ärztliche Institutionen**

## **Bewilligungen & Aufsicht**

Stampfenbachstrasse 30

Postfach

8090 Zürich

Telefon +41 43 259 24 09

[gesundheitsberufe@gd.zh.ch](mailto:gesundheitsberufe@gd.zh.ch)

[www.gd.zh.ch](http://www.gd.zh.ch)

## **1. Betriebsbewilligung aus anderem Kanton**

Haben Sie bereits eine Betriebsbewilligung aus einem anderen Kanton? Wenn ja, bitte beachten Sie, dass Sie andere Beilagen einreichen müssen (siehe letzte Seite)

Ja

Nein

## **2. Juristische Person (Trägerschaft)**

Name /Firma

Strasse

PLZ und Ort

Telefon

E-Mail

Rechtsform

## **3. Gesamtverantwortliche Leitung**

Bei mehreren Personen: bitte alle Personen einzeln aufführen. Davon muss eine Person über eine gültige Berufsausübungsbewilligung als Ärztin oder Arzt des Kantons Zürich verfügen

<b>Gesamtverantwortliche Leitung 1</b>		<b>Gesamtverantwortliche Leitung 2</b>	
Vorname		Vorname	
Nachname		Nachname	
Strasse		Strasse	
PLZ und Ort		PLZ und Ort	
Telefon		Telefon	
E-Mail		E-Mail	
Verantwortliche ärztliche Leitung	Ja Nein	Verantwortliche ärztliche Leitung	Ja Nein



Gesamtverantwortliche Leitung 3		Gesamtverantwortliche Leitung 4	
Vorname		Vorname	
Nachname		Nachname	
Strasse		Strasse	
PLZ und Ort		PLZ und Ort	
Telefon		Telefon	
E-Mail		E-Mail	
Verantwortliche ärztliche Leitung	Ja Nein	Verantwortliche ärztliche Leitung	Ja Nein

#### 4. Standorte und verantwortliche Standortleitung

Wenn Sie mehr als vier Standorte/Betriebsstätten hinzufügen wollen, können Sie die Angaben der einzelnen Standorte und der jeweils verantwortlichen ärztlichen Standortleitungen pro Standort als Anhang beilegen.

##### Standort 1

Name / Bezeichnung	
Strasse	
PLZ und Ort	
Telefon	
E-Mail	
Inbetriebnahme geplant per	
Öffnungs- und Betriebszeiten	
Führen einer Apotheke geplant (Selbstdispensation)	Ja Nein
<small>Es ist ein separates Gesuch um die Erteilung der <a href="#">Detailhandelsbewilligung</a> bei der kantonalen Heilmittelkontrolle erforderlich.</small>	
Betrieb eines / mehrerer Operationsräume	Ja, Praxis OP Ja, OP I Nein

##### Verantwortliche ärztliche Standortleitung

Vorname
Nachname



Titel

---

Facharzttitel

---

Berufsausübungsbewilligung des Kantons  
Zürich vorhanden

Ja  
beantragt

---

Beschäftigungsgrad

---

Strasse

---

PLZ und Ort

---

Telefon

---

E-Mail

**Standort 2**

Name / Bezeichnung

---

Strasse

---

PLZ und Ort

---

Telefon

---

E-Mail

---

Inbetriebnahme geplant per

---

Öffnungs- und Betriebszeiten

Führen einer Apotheke geplant  
(Selbstdispensation)

Ja  
Nein

Es ist ein separates Gesuch um die Erteilung der  
[Detailhandelsbewilligung](#) bei der kantonalen  
Heilmittelkontrolle erforderlich.

---

Betrieb eines / mehrerer Operationsräume

Ja, Praxis OP  
Ja, OP I  
Nein

---

**Verantwortliche ärztliche Standortleitung**

---

Vorname

---

Nachname

---

Titel



Facharzttitel

---

Berufsausübungsbewilligung des Kantons  
Zürich vorhanden

Ja  
beantragt

---

Beschäftigungsgrad

---

Strasse

---

PLZ und Ort

---

Telefon

---

E-Mail

---

**Standort 3**

---

Name / Bezeichnung

---

Strasse

---

PLZ und Ort

---

Telefon

---

E-Mail

---

Inbetriebnahme geplant per

---

Öffnungs- und Betriebszeiten

---

Führen einer Apotheke geplant  
(Selbstdispensation)

Ja  
Nein

---

Es ist ein separates Gesuch um die Erteilung der  
[Detailhandelsbewilligung](#) bei der kantonalen  
Heilmittelkontrolle erforderlich.

---

Betrieb eines / mehrerer Operationsräume

Ja, Praxis OP  
Ja, OP I  
Nein

---

**Verantwortliche ärztliche Standortleitung**

---

Vorname

---

Nachname

---

Titel

---

Facharzttitel



Berufsausübungsbewilligung des Kantons  
Zürich vorhanden

Ja  
beantragt

---

Beschäftigungsgrad

---

Strasse

---

PLZ und Ort

---

Telefon

---

E-Mail

---

**Standort 4**

---

Name / Bezeichnung

---

Strasse

---

PLZ und Ort

---

Telefon

---

E-Mail

---

Inbetriebnahme geplant per

---

Öffnungs- und Betriebszeiten

---

Führen einer Apotheke geplant  
(Selbstdispensation)

Ja  
Nein

Es ist ein separates Gesuch um die Erteilung der  
[Detailhandelsbewilligung](#) bei der kantonalen  
Heilmittelkontrolle erforderlich.

---

Betrieb eines / mehrerer Operationsräume

Ja, Praxis OP  
Ja, OP I  
Nein

---

**Verantwortliche ärztliche Standortleitung**

---

Vorname

---

Nachname

---

Titel

---

Facharzttitel



Berufsausübungsbewilligung des Kantons  
Zürich vorhanden

Ja  
beantragt

---

Beschäftigungsgrad

---

Strasse

---

PLZ und Ort

---

Telefon

---

E-Mail

### 5. Ärztinnen und Ärzte, die die Infrastruktur an Ihrem Standort nutzen

Person 1	Person 2
Vorname	Vorname
Nachname	Nachname
Person 3	Person 4
Vorname	Vorname
Nachname	Nachname

### 6. Kontaktangaben für Rückfragen

Vorname

Name

Telefon

E-Mail

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

Ort und Datum

Unterschrift

## Beilagen

### Erstmalige Beantragung einer Betriebsbewilligung

Handelsregisterauszug der Trägerschaft	Kopie, nicht älter als 3 Monate
Betreibungsregisterauszug der Trägerschaft	Kopie, nicht älter als 3 Monate
Bei Neugründung einer juristischen Person: Anstatt eines Betreibungsregisterauszugs der Trägerschaft je ein Betreibungsregisterauszug der Inhaberschaft (Aktionäre), die gleichzeitig Verwaltungsratsmitglieder und/oder Geschäftsleitungsmitglieder sind	Kopie, nicht älter als 3 Monate
Nachweis Betriebshaftpflichtversicherung entsprechend der mit der Tätigkeit verbundenen Risiken, aber mindestens mit einer Deckungssumme von Fr. 5 Mio.	Kopie
Betriebskonzept mit Umschreibung des Leistungsangebotes inkl. Notfallkonzept und Zufahrt Rettungsdienst	
Hygienekonzept	
Konzept betreffend Führung der Patientendokumentation inkl. Aufbewahrungspflicht	
Organigramm der Institution aus welchem die Aufsichts- und Weisungsbefugnisse hervorgehen (inkl. gesamtverantwortlichen und ärztlich Leitung, Ärztinnen und Ärzte und Personal inkl. Beschäftigungsgrad)	
Liste aller Standorte/Betriebsstätten inklusive der Angaben der jeweils verantwortlichen ärztlichen Leitungen pro Standort.	Angeben, sofern mehrere Standorte eröffnet werden.
Unterlagen gesamtverantwortliche Leitung: aktueller Privatauszug aus dem Zentralstrafregister	Kopie, nicht älter als 3 Monate
Unterlagen gesamtverantwortliche Leitung: datierte und unterzeichnete schriftliche Erklärung der Verantwortungsübernahme	Alle Unterschriften der gesamtverantwortlichen Leitung auf einem Dokument zusammengefasst.
Unterlagen ärztliche Leitung: schriftliche Erklärung der Verantwortungsübernahme	



---

Unterlagen ärztliche Leitung: aktueller Privatauszug aus dem Zentralstrafregister	Kopie, nicht älter als 3 Monate
---	---------------------------------

---

Grundrissplan der Räumlichkeiten der Institution inkl. Beschriftung der Funktionsräume

---

Bei Betrieb einer medizinischen Röntgenanlage: Kopie der Betriebsbewilligung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Abteilung Strahlenschutz

---

Bei Betrieb eines Praxis-OP oder OP I: OP-Spartenenerkennung nach TARMED der Paritätischen Kommission Dignitäten (PaKoDig c/o Tarifiedienst FMH, basierend auf Selbstdeklarationsbogen)

---

Nutzungsvereinbarung mit Ärztinnen und Ärzten, welche die Infrastruktur an Ihrem Standort nutzen	Kopie
--	-------

---

Gesuch um Bewilligung als Assistenzärztin oder -arzt: Für jede Ärztin oder jeden Arzt, der oder die unter fachlicher Aufsicht tätig sein wird.

---

Meldung der Personen, die mit persönlicher Berufsausübungsbewilligung (fachlich eigenverantwortlich) im Namen und auf Rechnung der Trägerschaft bzw. Institution tätig sein werden (im Anstellungsverhältnis), mit entsprechender persönlicher, schriftlicher Bestätigung der einzelnen Ärztinnen und Ärzte.

---

Vollmacht	Sofern das Gesuch durch eine Drittperson eingereicht wird
-----------	---

---

### **Beantragung einer Betriebsbewilligung mit vorhandener Betriebsbewilligung aus einem anderen Kanton**

Betriebsbewilligung, inkl. Begleitschreiben zur Betriebsbewilligung	Kopie
---	-------

---

Betriebskonzept mit Umschreibung des Leistungsangebotes inkl. Zufahrt Rettungsdienst

---

Organigramm der Institution aus welchem die Aufsichts- und Weisungsbefugnisse hervorgehen (inkl. gesamtverantwortlichen und ärztlich Leitung, Ärztinnen und Ärzte und Personal inkl. Beschäftigungsgrad)

---

Grundrissplan der Räumlichkeiten der Institution inkl. Beschriftung der Funktionsräume	Kopie
--	-------

---





---

Meldung der Personen, die mit persönlicher Berufsausübungsbewilligung (fachlich eigenverantwortlich) im Namen und auf Rechnung der Trägerschaft bzw. Institution tätig sein werden (im Anstellungsverhältnis), mit entsprechender persönlicher, schriftlicher Bestätigung der einzelnen Ärztinnen und Ärzte

---

Infrastrukturnutzungsvereinbarungen

Kopie, wenn vorhanden

---

Vollmacht

Sofern das Gesuch durch eine Drittperson eingereicht wird

---