



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion



Vertretungsbewilligung für weitere Fachbereiche

Bewilligung & 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 Vertretungsbewilligung beantragen?

Akupunkteur/in

Dentalhygieniker/in

Ergotherapeut/in

Ernährungsberater/in

Geburtshelfer/in

Laborleiter/in

Logopäde/Logopädin

Neuropsycholog/in

Osteopath/in

Pflegefachfrau/mann

Physiotherapeut/in

Podolog/in

Psychologische/r
Psychotherapeut/in

Zahnprothetiker/in

2. Angaben zur gesuchstellenden Person

Praxisname

Vorname

Nachname

Strasse

PLZ und Ort

Telefon

E-Mail



3. Angaben zum / zur Praxisvertreter/in

3.1 Personalien

Vorname

Nachname

Geburtsname

Geburtsdatum

Geschlecht:

m

w

Nationalität

Heimatort

3.2 Wohnadresse

Strasse

PLZ und Ort

Land

Telefon

E-Mail

4. Vertretung

Vertretungsdauer (von/bis)

Grund der Vertretung

Militärdienst

Ferien

Weiterbildung

Tod Praxisinhaber/in

Anderer Grund

Falls anderer Grund, bitte beschreiben



5. Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit der Assistenz

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:

5.1 Bisherige Tätigkeit (selbständig und unselbständig) der Assistenz

Arbeitstätigkeit 1	Arbeitstätigkeit 2
Arbeitgeberin	Arbeitgeberin
Zeitraum	Zeitraum
Funktion	Funktion



Arbeitstätigkeit 3	Arbeitstätigkeit 4
Arbeitgeberin	Arbeitgeberin
Zeitraum	Zeitraum
Funktion	Funktion
Arbeitstätigkeit 5	Arbeitstätigkeit 6
Arbeitgeberin	Arbeitgeberin
Zeitraum	Zeitraum
Funktion	Funktion
Arbeitstätigkeit 7	Arbeitstätigkeit 8
Arbeitgeberin	Arbeitgeberin
Zeitraum	Zeitraum
Funktion	Funktion

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 Vertreterin/Vertreter bestätigt, dieses Formular vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben. (Unvollständige Gesuche werden zur Ergänzung retourniert)

Ort und Datum

Unterschrift



Beilagen

Identitätskarte oder Pass	Kopie
<hr/>	
Arbeitszeugnisse und/oder Zeugnisse der letzten fünf Jahre	Kopien
<hr/>	
Vollmacht	Sofern Sie das Gesuch durch eine Drittperson einreichen lassen