



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion



Vertretungsbewilligung für den Fachbereich Zahnmedizin

Bewilligung & Aufsicht

Stampfenbachstrasse 30

Postfach

8090 Zürich

Telefon +41 43 259 24 09

gesundheitsberufe@gd.zh.ch

www.gd.zh.ch

1. Angaben zur gesuchstellenden Person

Praxisname

Vorname

Nachname

Strasse

PLZ und Ort

Telefon

E-Mail

2. Angaben zum / zur Praxisvertreter/in

2.1 Personalien

Vorname

Nachname

Geburtsname

Geburtsdatum

Geschlecht:

m

w

Nationalität

Heimatort

2.2 Wohnadresse

Strasse

PLZ und Ort

Land

Telefon

E-Mail



3. Aus- und Weiterbildung

3.1 Akademischer Titel

Bezeichnung

Ausstellungsdatum

Ausstellende Stelle / Ort / Land

3.2 Privatrechtliche und universitäre Weiterbildungstitel

Bezeichnung

Ausstellungsdatum

Ausstellende Stelle / Ort / Land

4. Vertretung

Verbindliche Angabe der Vertretungsdauer (von/bis)

Vorgesehener klinischer Arbeitsumfang in %

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
Akademischer Titel (z.B. Doktordiplom)	Kopie des Originals
Privatrechtlicher oder universitärer Weiterbildungstitel	Kopie des Originals, sofern vorhanden
Arbeitszeugnisse und/oder FMH-Zeugnisse der letzten 5 Jahre	Kopien
Vollmacht	Sofern Sie das Gesuch durch eine Drittperson einreichen lassen