



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion



Vertretungsbewilligung für den Fachbereich Medizin und Chiropraktik

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?

Ärztin/Arzt

Chiropraktikerin/Chiropraktiker

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. Aus- und Weiterbildung

4.1 Akademischer Titel

Bezeichnung

Ausstellungsdatum

Ausstellende Stelle / Ort / Land

4.2 Universitäre Weiterbildungstitel

Bezeichnung

Ausstellungsdatum

Ausstellende Stelle / Ort / Land

5. Vertretung

Vertretungsdauer (von/bis)

Grund der Vertretung

Militärdienst

Ferien

Weiterbildung

Tod Praxisinhaber/in

Anderer Grund

Falls anderer Grund, bitte beschreiben



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/Vertretung 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
Weitere akademische Titel	Kopie des Originals
Vollmacht	Sofern Sie das Gesuch durch eine Drittperson einreichen lassen