



Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion



## Akupunktur

# Gesuch um Bewilligung zur fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübung

Januar 2020

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich  
Gesundheitsberufe & Bewilligungen  
Stampfenbachstrasse 30  
8090 Zürich  
Telefon +41 43 259 24 09  
[medizin@gd.zh.ch](mailto:medizin@gd.zh.ch)  
[www.gd.zh.ch](http://www.gd.zh.ch)

Erläuterungen zur Gesuchseinreichung entnehmen Sie bitte dem «Merkblatt Bewilligung für fachlich eigenverantwortliche Berufsausübung Akupunktur».

## 1. Grund des Gesuchs / der Mutation

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

		Was ist auszufüllen?	Beilagen
<input type="checkbox"/>	Erstmalige Bewilligungserteilung zur fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübung im Kanton Zürich	- Vollständig ausgefülltes Gesuchsformular	- Sämtliche zutreffenden Unterlagen gemäss Anhang 1
<input type="checkbox"/>	Ordentliche Bewilligungserneuerung nach 10 Jahren	- Ziffer 2.1 Personalien - Ziffer 2.2 Wohnadresse - Ziffer 3 Angaben zur Berufstätigkeit - Ziffer 5 Unterschrift	
<input type="checkbox"/>	Bewilligungserneuerung bei Alter 70 plus (für 3 Jahre)	- Ziffer 2.1 Personalien - Ziffer 2.2 Wohnadresse - Ziffer 3 Angaben zur Berufstätigkeit - Ziffer 5 Unterschrift	- ärztliches Zeugnis im Original; Zeugnisformular kann unter <a href="mailto:medizin@gd.zh.ch">medizin@gd.zh.ch</a> bestellt werden.
<input type="checkbox"/>	Änderung der persönlichen Angaben (Name, Bürgerort, Staatsangehörigkeit)	- Ziffer 2.1 Personalien - Ziffer 5 Unterschrift	- Kopie Dokument, welches die Änderungen (Name, Bürgerort, Staatsangehörigkeit) belegt
<input type="checkbox"/>	Änderung der Praxis- oder Wohnadresse	- Ziffer 2.1 Personalien - Ziffer 2.2 resp. 3 - Ziffer 5 Unterschrift	



## 2. Angaben zur Person

### 2.1 Personalien

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht m  / w

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Bürgerort(e)/Kanton  
(bei Ausländern: Geburtsort/-land) \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

### 2.2 Wohnadresse

Strasse \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort/Land \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_

Telefon Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### 2.3 Berufsdiplom

Ausstellende Stelle/Ort/Staat \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_

## 3. Angaben zur selbstständigen Berufsaus- übung / Praxisdaten

Ort der geplanten Tätigkeit im Kanton Zürich

Strasse \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_

Zusatzbezeichnung \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Verbindliches Datum der Tätigkeitsaufnahme \_\_\_\_\_

Praxisübernahme von \_\_\_\_\_

Praxisgemeinschaft mit \_\_\_\_\_

Selbstständige Berufstätigkeit  oder Leiter/-in einer Organisation der Akupunktur bzw. TMC



## 4. Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

Frühere selbstständige Berufstätigkeit als Akupunkteurin / Akupunkteur? Ja  Nein

Wenn ja, wann und wo?

---

---

---

---

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

Laufen gegen Sie aufsichtsrechtliche Verfahren, Haftpflicht- oder Zivilverfahren mit Bezug auf die berufliche Tätigkeit oder Strafverfahren? Ja  Nein

→ Wenn ja, benötigen wir zwingend eine schriftliche Begründung unter Beilage der Akten!

## 5. Bestätigung

Die oder der Unterzeichnende bestätigt, das Gesuch vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum:

Unterschrift:

---

---

## Anhang 1: Beilagen zum Gesuch

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vollmacht (sofern vertreten)  | Original  |
| <input type="checkbox"/> 1) Schweizerisches Berufsdiplom oder ausländisches Berufsdiplom (mit Übersetzung, falls nicht in Deutsch, Englisch, Französisch oder Italienisch verfasst)  | Kopie<br>Übersetzung, amtlich beglaubigt        |
| <b>und zusätzlich</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> Vorentscheid des TCM Fachverbandes (erhältlich bis Ende 2022)<br><i>oder</i><br>Anerkennungsbestätigung des Schweizerischen Roten Kreuzes SRK   | Original oder amtlich beglaubigte Kopie*        |
| <b>oder</b>  |   |
| bei entsprechender Ausbildung zum/r eidgenössischen Naturheilpraktiker/in HFP -  |   |
| <input type="checkbox"/> das Zertifikat OdA AM <b>und</b>  | je im Original oder amtlich beglaubigter Kopie* |
| <input type="checkbox"/> das Prüfungszertifikat für das Modul 2, Schwerpunkt Akupunktur.   |   |
| <input type="checkbox"/> Vollständig ausgefülltes Formular über die bisherige berufliche Tätigkeit samt entsprechenden Arbeitszeugnissen   | Formular Anhang 2, Zeugnisse in Kopie           |
| <input type="checkbox"/> Handlungsfähigkeitszeugnis (bei Wohnsitz in CH)   | Original, nicht älter als 3 Monate*             |
| Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister:  |   |
| <input type="checkbox"/> Privatauszug**  | Original, nicht älter als 3 Monate              |
| <input type="checkbox"/> Sonderprivatauszug***   | Original, nicht älter als 3 Monate              |
| (Schweizerisches Strafregister, Dienst für Auszüge an Privatpersonen, Bundesrain 20, 3003 Bern; online unter <a href="https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/strafregister_de">https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/strafregister_de</a> ) |   |
| Bei Zuzug aus dem Ausland:   |   |
| <input type="checkbox"/> Strafregisterauszüge früherer Wohnsitz- oder Aufenthaltsstaaten (der letzten 10 Jahre)  | Original, nicht älter als 3 Monate              |
| Bei früherer selbstständiger Tätigkeit in einem oder mehreren anderen Kanton(en) / Staat(en):  |   |
| <input type="checkbox"/> Berufsausübungsbewilligung(en) eines oder mehrerer anderer Kantone/Staaten  | Kopie   |
| <input type="checkbox"/> Unbedenklichkeitserklärung (Certificate of Good Standing) der zuständigen Gesundheitsbehörde(n)   | Original oder amtlich beglaubigte Kopie         |

\* Bei Vorlage einer gültigen Berufsausübungsbewilligung und einer aktuellen Unbedenklichkeitserklärung (Certificate of Good Standing) in Original kann auf die Einreichung eines Handlungsfähigkeitszeugnisses verzichtet werden, das Berufsdiplom und/oder ein allfälliger Anerkennungsausweis des SRK müssen dann nur in einfacher Kopie eingereicht werden.

\*\*Falls Sie den Strafregisterauszug (Privatauszug) in elektronischer Form bestellt haben, müssen Sie uns diesen in Fotokopie und zur Durchführung der Validierung zusätzlich im pdf-Format inkl. Zugangscode an die Email-Adresse [medizin@gd.zh.ch](mailto:medizin@gd.zh.ch) einreichen.

\*\*\*Nach Eingang Ihrer Gesuchsunterlagen, werden wir Ihnen das von uns ausgefüllte/unterzeichnete Formular für die Bestellung des Sonderprivatauszugs zustellen. Falls Sie diesen in elektronischer Form bestellt haben, müssen Sie uns diesen in Fotokopie und zur Durchführung der Validierung zusätzlich im pdf-Format inkl. Zugangscode an die Email-Adresse [medizin@gd.zh.ch](mailto:medizin@gd.zh.ch) einreichen.



## Anhang 2

### Bisherige berufliche Tätigkeit (selbstständige und unselbstständige Tätigkeit)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

1) Arbeitgeber \_\_\_\_\_

VON (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ bis (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ Tätigkeit in % \_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

2) Arbeitgeber \_\_\_\_\_

VON (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ bis (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ Tätigkeit in % \_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

3) Arbeitgeber \_\_\_\_\_

VON (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ bis (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ Tätigkeit in % \_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

4) Arbeitgeber \_\_\_\_\_

VON (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ bis (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ Tätigkeit in % \_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

5) Arbeitgeber \_\_\_\_\_

VON (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ bis (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ Tätigkeit in % \_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

6) Arbeitgeber \_\_\_\_\_

VON (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ bis (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ Tätigkeit in % \_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

7) Arbeitgeber \_\_\_\_\_

VON (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ bis (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ Tätigkeit in % \_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

Der/die Unterzeichnende bestätigt, diese Aufstellung vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum:

Unterschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_