



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Amt für Gesundheit

Meldung der beabsichtigten Aufnahme einer zeitlich begrenzten selbstständigen Tätigkeit (90-Tage-Dienstleistung) für Personen mit Bewilligung aus einem anderen Kanton

Juli 2022

Bewilligungen & Aufsicht

Stampfenbachstrasse 30

Postfach

8090 Zürich

Telefon +41 43 259 24 09

gesundheitsberufe@gd.zh.ch

www.zh.ch/afg

Beruf:

(bitte eintragen)

1. Grund der Meldung / **Mutation**

⇒ Bitte Zutreffendes ankreuzen

		Was ist auszufüllen?	Beilagen gemäss Anhang
<input type="checkbox"/>	Meldung der zeitlich begrenzten eigenverantwortlichen Tätigkeit (90-Tage-Dienstleistung)	- vollständig ausgefülltes Meldeformular	- Sämtliche Unterlagen gemäss Anhang
<input type="checkbox"/>	Anzeige der Fortsetzung einer zeitlich begrenzten eigenverantwortlichen Tätigkeit (90-Tage-Dienstleistung)	- vollständig ausgefülltes Meldeformular	- Unbedenklichkeitserklärung gemäss Anhang
<input type="checkbox"/>	Änderung der Persönlichen Angaben (Name, Bürgerort, Staatsangehörigkeit)	- Ziff. 2.1 Personalien - Ziff. 4 Unterschrift	- Kopie Dokument, das die Änderungen (Name, Bürgerort, Staatsangehörigkeit) belegt.
<input type="checkbox"/>	Änderung der Praxis- oder Wohnadresse	- Ziff. 2.1 Personalien - Ziff. 2.2 resp. 3 - Ziff. 4 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.

ZSR-Nr. (sofern bereits vor-
handen)

2.2 Ständige Wohnadresse

Strasse

Postleitzahl/Ort

Telefon Privat

Telefon Mobil

E-Mail

2.3 Berufsausbildung

Diplom

Ausstellende Stelle/Ort/Staat

Ausstellungsdatum

3. Angaben zur selbstständigen Berufsausübung / Praxisdaten

3.1 Ständige Praxisadresse im anderen Kanton

Strasse

Postleitzahl/Ort

Ev. Praxiszusatzbezeichnung

Telefon Telefax

E-Mail / Web



3.2 Angaben über die gewünschte zeitlich begrenzte Tätigkeit im Kanton Zürich
(max. 90 Tage pro Kalenderjahr)

Strasse _____

Postleitzahl/Ort/Land _____

Telefon Mobil _____

E-Mail _____

Verbindliches Datum der
Tätigkeitsaufnahme _____

3.3 Wohn- und Kontaktadresse während der Tätigkeit im Kanton Zürich

Strasse _____

Postleitzahl/Ort/Land _____

Telefon Mobil _____

E-Mail _____

4. Bestätigung

Die unterzeichnende Person bestätigt, dieses Formular vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben. (Unvollständige Gesuche werden zur Ergänzung retourniert.)

Ort und Datum:

.....

Unterschrift:

.....

Anhang

Beilagen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Berufsdiplom | Kopie |
| <input type="checkbox"/> allfälliger Berechtigungsnachweis zur Führung eines HF- oder FH-Titels | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Bei ausländischem Berufsdiplom <u>zusätzlich</u> : | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Anerkennungsbestätigung des ausländischen Diploms | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Berufsausübungsbewilligung(-en) eines oder mehrerer anderer Kantone | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Unbedenklichkeitserklärung (Certificate of Good Standing) der zuständigen Gesundheitsbehörde | Original oder amtlich beglaubigte Kopie |