



Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion

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

Januar 2020

## Gesundheitsberufe & Bewilligungen

Stampfenbachstrasse 30  
8090 Zürich  
Telefon +41 43 259 24 09  
medizin@gd.zh.ch  
www.gd.zh.ch

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 |