



Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion



## Ärztin / Arzt

# Meldung der beabsichtigten Aufnahme einer zeitlich begrenzten selbstständigen Tätigkeit (90-Tage-Dienstleistung) für Personen mit Bewilligung in einem EU/EFTA-Staat

Juni 2021

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

Dieses Gesuch ersetzt nicht die zwingende Meldung an das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI). Genaue Erläuterungen siehe Merkblatt.

Erläuterungen zum vorliegenden Gesuchformular entnehmen Sie bitte dem Merkblatt «90-Tage-Dienstleistung als Ärztin oder Arzt».

⇒  Bitte Zutreffendes ankreuzen

### 1. Grund des Gesuches / der Mutation

		Was ist auszufüllen?	Beilagen
<input type="checkbox"/>	Anzeige der zeitlich begrenzten selbstständigen Tätigkeit (90-Tage-Dienstleistung)	Vollständig ausgefülltes Anzeigeformular	Sämtliche Unterlagen gemäss Anhang 1 (müssen nur bei der 1. Meldung eingereicht werden)
<input type="checkbox"/>	Änderung der Persönlichen Angaben (Name, Staatsangehörigkeit)	- Ziff. 2.1 Personalien - Ziff. 4 Unterschrift	- Kopie Dokument, das die Änderungen (Name, Staatsangehörigkeit) belegt  - Bei Namensänderung; neue Unterschriftenkarte (können unter <a href="mailto:medizin@gd.zh.ch">medizin@gd.zh.ch</a> bestellt werden)
<input type="checkbox"/>	Änderung der Praxis- oder Wohnadresse	- Ziff. 2.1 Personalien - Ziff. 2.2, 2.3 resp. 3.1 / 3.2 - Ziff. 4 Unterschrift	
<input type="checkbox"/>	Änderung des privatrechtlichen resp. universitären Weiterbildungstitels/ Doktorat	- Ziff. 2.1 Personalien - Ziff. 2.4, 2.5 Doktorat / privatrechtliche und universitäre Weiterbildung - Ziff. 4 Unterschrift	- Unterlagen betreffend Weiterbildungstitel bzw. Doktorat gemäss Merkblatt

## 2. Angaben zur Person

### 2.1 Personalien

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

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

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

GLN-Nr. (sofern bereits vorhanden) \_\_\_\_\_

ZSR-Nr. (sofern bereits vorhanden) \_\_\_\_\_

### 2.2 Ständige Wohnadresse

Strasse \_\_\_\_\_

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

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

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

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

2.4 Akademischer Titel (Doktorat o.ä.)

Bezeichnung \_\_\_\_\_

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

Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_

2.5 Privatrechtliche und universitäre Weiterbildungstitel (WBA, Master u.a.)

Bezeichnung \_\_\_\_\_

Ausstellende Stelle/Ort/Land \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_

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

3.1 Praxisadresse im Kanton Zürich

Strasse \_\_\_\_\_

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

Ev. Praxiszusatzbezeichnung \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

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

Datum Tätigkeitsaufnahme \_\_\_\_\_

3.2 Wohn- und Kontaktadresse während der Tätigkeit im Kanton Zürich

Strasse \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

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

4. Die/der Unterzeichnende bestätigt, dieses Formular vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.  
(Unvollständige Gesuche werden zur Ergänzung retourniert.)

Ort und Datum:

Unterschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Anhang 1

Beilagen zur Meldung über die beabsichtigte Aufnahme einer auf 90 Arbeitstage pro Kalenderjahr begrenzten selbstständigen ärztlichen Tätigkeit (90 Tage-Dienstleister)

<input type="checkbox"/> Doktordiplom	amtlich beglaubigte Kopie des Originals*
<input type="checkbox"/> Weitere akademische Titel	amtlich beglaubigte Kopie*
<input type="checkbox"/> 2 Unterschriftenkarten **	amtlich beglaubigte Originale **
<input type="checkbox"/> Aktueller Beleg über die Berufshaftpflichtversicherung	Kopie
<input type="checkbox"/> Nachweis der wirtschaftlichen Selbständigkeit / Abrechnung der Sozialversicherungsbeiträge	Kopie
<input type="checkbox"/> Sprachdiplom Deutsch Niveau B2, sofern nicht deutschsprachig	Kopie

\* Bei ausländischen, nicht in Deutsch abgefassten, Dokumenten ist zusätzlich eine amtlich beglaubigte Übersetzung in die deutsche Sprache nötig.

\*\* Die Unterschriftenkarten müssen unter [medizin@gd.zh.ch](mailto:medizin@gd.zh.ch) bestellt werden.