



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion



Ärztin / Arzt

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

Juni 2021

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

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 1a
<input type="checkbox"/>	Anzeige der Fortsetzung einer zeitlich begrenzten selbstständigen Tätigkeit (90-Tage-Dienstleistung)	Vollständig ausgefülltes Anzeigeformular	Unbedenklichkeitserklärung gemäss Anhang 1a
<input type="checkbox"/>	Änderung der Persönlichen Angaben (Name, Staatsangehörigkeit)	<ul style="list-style-type: none">- Ziff. 2.1 Personalien- Ziff. 4 Unterschrift	<ul style="list-style-type: none">- Kopie Dokument, das die Änderungen (Name, Staatsangehörigkeit) belegt- Bei Namensänderung; neue Unterschriftenkarte (können unter medizin@gd.zh.ch bestellt werden)
<input type="checkbox"/>	Änderung der Praxis- oder Wohnadresse	<ul style="list-style-type: none">- Ziff. 2.1 Personalien- Ziff. 2.2, 2.3 resp. 3.1 / 3.2- Ziff. 4 Unterschrift	
<input type="checkbox"/>	Änderung des Weiterbildungstitels/ Doktorat	<ul style="list-style-type: none">- Ziff. 2.1 Personalien- Ziff. 2.5, 2.6 resp. 2.7 Doktorat/ Weiterbildungstitel/Privatrechtliche und universitäre Weiterbildung- Ziff. 4 Unterschrift	<ul style="list-style-type: none">- 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 _____

2.3 Ständige Praxisadresse im anderen Kanton

Strasse _____

Postleitzahl/Ort _____

Telefon Praxis _____

Telefon Mobil _____

E-Mail _____

Praxisstempel:



2.4 Arzt-Diplom

Ausstellende Stelle/Ort/Staat

Ausstellungsdatum

2.5 Akademischer Titel (Doktorat o.ä.)

Bezeichnung

Ausstellende Stelle/Ort/Staat

Ausstellungsdatum

2.6 Weiterbildungstitel

Facharzttrichtung

Ausstellende Stelle/Ort/Land

Ausstellungsdatum

2.7 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 1a

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"/> Unbedenklichkeitserklärung aller Kantone, in welchen die ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird oder wurde | Original oder amtlich beglaubigte Kopie* |

Bescheinigung der zuständigen Behörde des Niederlassungskantons, aus der hervorgeht, dass und wo Sie die ärztliche Tätigkeit im Niederlassungskanton rechtmässig selbstständig ausüben, und dass keine bzw. welche Einschränkungen und Auflagen der Berufsausübungsbewilligung bestehen (mit amtlich beglaubigter Übersetzung in die deutsche Sprache)

- Für EU/EFTA-Staatsangehörige: Aufenthaltstitel in der Schweiz (Grenzgänger-, Aufenthalts- oder Niederlassungsbewilligung)

Achtung: Wenn keine Aufenthaltsberechtigung in der Schweiz besteht, ist das Formular für die 90-Tage-Dienstleistung aus einem EU/EFTA-Staat einzureichen.

* 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 bestellt werden.