



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion

 **Gesuch**

Erteilung der fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübung (Berufsausübungsbewilligung) als Arzt/Ärztin für

- weitere 10 Jahre (resp. bis zum Erreichen des 70. Altersjahres)
- weitere 3 Jahre (ab Erreichen des 70. Altersjahres)

zutreffendes bitte ankreuzen

Das Gesuchsformular ist vollständig ausgefüllt mit Beilagen zu senden an:

Gesundheitsdirektion
Administration Medizin
Stampfenbachstr. 30
8090 Zürich

1. Angaben zur gesuchstellenden Person

Personalien

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____ oder

GLN-Nummer: _____

Wohnadresse

Strasse: _____

PLZ _____ Ort: _____

Telefon Privat: _____

Telefon Mobil _____

E-Mail-Adresse: _____

2. Angaben zum Ort der Berufsausübung /Praxisdaten

Personalien

Name Praxis/Institution: _____

Strasse: _____

PLZ _____ Ort: _____

Ev. Zusatzbezeichnung: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

E-Mail-Adresse: _____

Internetadresse: _____

3. Bestätigung

Die/der Unterzeichnende bestätigt, dieses Gesuch vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben:

Ort und Datum _____

Unterschrift _____

4. Beilagen

- Gültiges Fortbildungsdiplom oder gültige Fortbildungsbestätigung Fachgesellschaft (Kopie)
- Nachweis Berufshaftpflicht (Kopie)
- Nachweis Notfalldienst resp. Beleg über Ersatzabgaben oder Dispens

zusätzlich mit Erreichen des 70. Altersjahres und für weitere Erteilung für drei Jahre ab dem 70. Altersjahres

- Ärztliches Zeugnis betreffend Gesundheitszustand (Original) wird auf dem Postweg zugestellt)