



Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion  
Amt für Gesundheit

 **Gesuch**  
Juli 2022

## Bewilligung der fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübung als Ärztin oder Arzt (Berufsausübungsbewilligung)

Erläuterungen zum vorliegenden Gesuchsformular entnehmen Sie bitte dem Merkblatt «Gesuch fachlich eigenverantwortliche Berufsausübung Ärztin / Arzt». Weitere wichtige Informationen finden Sie im online aufgeschalteten Dokument «Das Medizinalberuferecht, Leitfaden für die Berufsausübung als Ärztin oder Arzt im Kanton Zürich» (<https://www.zh.ch/de/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe/medizin.html>).

Das Gesuchsformular ist vollständig ausgefüllt und mit allen erforderlichen Beilagen gemäss Anhang 1 zu senden an:

**Bewilligungen & Aufsicht**  
Stampfenbachstrasse 30  
Postfach  
8090 Zürich  
Telefon +41 43 259 24 09  
[gesundheitsberufe@gd.zh.ch](mailto:gesundheitsberufe@gd.zh.ch)  
[www.zh.ch/afg](http://www.zh.ch/afg)

### 1. Angaben zur gesuchstellenden Person

#### 1.1 Personalien

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Bürgerort/Kanton: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

AHV-Nummer (wenn vorhanden): \_\_\_\_\_

GLN-Nummer (wenn vorhanden): \_\_\_\_\_

ZSR-Nummer (wenn vorhanden): \_\_\_\_\_

#### 1.2 Wohnadresse

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

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

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

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_



### 1.3 Aus- und Weiterbildung / Akademische Titel

#### Arzt-Diplom

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

Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_

#### Akademischer Titel (Doktorat o.ä.)

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

Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_

#### Weiterbildungstitel

Facharztrichtung: \_\_\_\_\_

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

Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_



## 2. Angaben zur geplanten fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübung

### 2.1 Art der geplanten Tätigkeit

- Im Anstellungsverhältnis (fachlich eigenverantwortlich, aber im Namen und auf Rechnung des Arbeitgebers). Bitte die entsprechende Erklärung (Muster s. Anhang 3) dem Gesuch beilegen.
- Sozialversicherungsrechtlich selbstständig (Tätigkeit in fachlicher Eigenverantwortung, im eigenem Namen und auf eigene Rechnung)

### 2.2 Tätigkeitsadresse im Kanton Zürich

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Ev. Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Ev. Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Internetadresse: \_\_\_\_\_

Datum der geplanten Tätigkeitsaufnahme: \_\_\_\_\_

Ev. Praxisübernahme von \_\_\_\_\_

Ev. Praxisgemeinschaft mit \_\_\_\_\_



### 3. Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

Verfügen Sie schon über eine Berufsausübungsbewilligung in einem oder mehreren anderen Kanton(en) / Staat(en)?

Ja  Nein

Haben sie in einem anderen Kanton / Staat eine eigene Praxis geführt?

Ja  Nein

Wurde Ihnen in einem anderen Kanton / Staat die Berufsausübungsbewilligung verweigert oder entzogen?

Ja\*  Nein

Haben Sie bis zu diesem Datum schon in einem anderen Kanton / Staat ein Gesuch um eine Berufsausübungsbewilligung gestellt, ohne dass es zu einer Bewilligungserteilung gekommen ist?

Ja\*  Nein

Laufen gegen Sie aufsichtsrechtliche Verfahren, Haftpflicht- oder Zivilverfahren mit Bezug auf die berufliche Tätigkeit oder Strafverfahren?

Ja\*  Nein

\* Wurden eine oder mehrere Fragen mit ja beantwortet, benötigen wir zwingend eine schriftliche Begründung unter Beilage der Akten!

### 4. Unterschrift

Die oder der Unterzeichnende bestätigt, das Gesuch vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben:

Ort und Datum

---

Unterschrift

---



## Anhang 1: Beilagen

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Eidgenössisches Arzt Diplom   | Kopie                                       |
| <input type="checkbox"/> Ausländisches Arzt Diplom und zusätzlich  | Kopie                                       |
| <input type="checkbox"/> Anerkennungsbestätigung des ausländischen Arzt Diploms<br>(Medizinalberufekommission, Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern,<br><a href="http://www.admin.ch/bag">www.admin.ch/bag</a> ) inkl. Begleitschreiben   | Kopie                                       |
| <input type="checkbox"/> Doktordiplom / Promotionsdiplom   | amtlich beglaubigte Kopie<br>des Originals* |
| <input type="checkbox"/> Eidgenössischer Weiterbildungstitel   | Kopie                                       |
| <input type="checkbox"/> Ausländischer Weiterbildungstitel und zusätzlich  | Kopie                                       |
| <input type="checkbox"/> Anerkennungsbestätigung des ausländischen Weiterbildungstitels<br><br>(Medizinalberufekommission, Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern,<br><a href="https://www.bag.admin.ch/bag/de/home.html">https://www.bag.admin.ch/bag/de/home.html</a> ) inkl. Begleitschreiben  | Kopie                                       |
| <input type="checkbox"/> Weitere akademische Titel   | amtlich beglaubigte Kopie                   |
| <input type="checkbox"/> 2 Unterschriftenkarten **   | amtlich beglaubigte Originale**             |
| <input type="checkbox"/> Handlungsfähigkeitszeugnis*** (bei Wohnsitz in CH)  | Original, nicht älter als 3 Monate          |
| Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister:  |   |
| <input type="checkbox"/> Privatauszug****  | Original, nicht älter als 3 Monate          |
| <input type="checkbox"/> Sonderprivatauszug*****<br>(Schweizerisches Strafregister, Dienst für Auszüge an Privatpersonen, Bundesrain 20, 3003 Bern; online unter <a href="https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/strafregister_de">https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/strafregister_de</a> ) | Original, nicht älter als 3 Monate          |
| Bei Zuzug aus dem Ausland innerhalb der letzten 10 Jahre:  |   |
| <input type="checkbox"/> Strafregisterauszüge früherer Wohnsitz- oder Aufenthaltsstaaten<br>(der letzten 10 Jahre)   | Original, nicht älter als 3 Monate*         |
| <input type="checkbox"/> Vollständig ausgefülltes Formular über die bisherige berufliche Tätigkeit samt<br>entsprechenden Arbeitszeugnissen (Arbeitszeugnisse, FMH-Zeugnisse inkl.<br>Evaluationsprotokolle, etc.)   | Formular Anhang 2<br>Zeugnisse in Kopie     |
| <input type="checkbox"/> Berufsausübungsbewilligung(en) eines od. mehrerer anderer Kantone /<br>Staaten  | Kopie                                       |
| <input type="checkbox"/> Bei früherer fachlich eigenverantwortlicher Tätigkeit in einem od. mehreren<br>anderen Kan ton(en) / Staat(en):<br><br>Aktuelle (nicht älter als 3 Monate) Unbedenklichkeitserklärung (Certificate of<br>Good Standing) der zuständigen Gesundheitsbehörde(n) /Regierungsbehörden                                     | Original oder amtlich beglaubigte<br>Kopie* |
| <input type="checkbox"/> Anstellungsbestätigung (bei andauernder Anstellung)   | Kopie                                       |
| <input type="checkbox"/> Erklärung betreffend Anstellung (Falls im Anstellungsverhältnis tätig. vgl. Muster<br>Anhang 3)   | Original                                    |

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

\*\* Die Unterschriftenkarten müssen unter [gesundheitsberufe@gd.zh.ch](mailto:gesundheitsberufe@gd.zh.ch) bestellt werden und werden postalisch zugesandt.

\*\*\* Bei Vorlage einer gültigen Berufsausübungsbewilligung und einer aktuellen Unbedenklichkeitserklärung (Certificate of Good Standing) wird auf die Einreichung eines Handlungsfähigkeitszeugnisses verzichtet.

\*\*\*\* Falls Sie den Strafregisterauszug (Privatauszug) in elektronischer Form bestellt haben, müssen Sie uns diesen in Fotokopie und zur Durchführung der Validierung zusätzlich im pdf-Format inkl. Zugangscode an die Email-Adresse [gesundheitsberufe@gd.zh.ch](mailto:gesundheitsberufe@gd.zh.ch) einreichen.

\*\*\*\*\* Nach Eingang Ihrer Gesuchsunterlagen, werden wir Ihnen das von uns ausgefüllte/unterzeichnete Formular für die Bestellung des Sonderprivatauszugs zustellen. Falls Sie diesen in elektronischer Form bestellt haben, müssen Sie uns diesen in Fotokopie und zur Durchführung der Validierung zusätzlich im pdf-Format inkl. Zugangscode an die Email-Adresse [gesundheitsberufe@gd.zh.ch](mailto:gesundheitsberufe@gd.zh.ch) einreichen.



## Anhang 2

Bisherige berufliche Tätigkeit  
(selbstständige und unselbstständige Tätigkeit)

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

*Im Bedarfsfall Formular kopieren oder erweitern. Aufstellung bitte chronologisch!*

Die oder der Unterzeichnende bestätigt, diese Aufstellung vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben:

Ort und Datum:

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anhang 3

### MUSTER-Bestätigung über die unselbstständige Tätigkeit als Arbeitnehmer/-in mit Berufsausübungsbewilligung

Die unterzeichnenden bestätigen, dass **(Vorname, Name einfügen)** als Arbeitnehmer/in mit Bewilligung zur fachlich eigenverantwortlichen ärztlichen Tätigkeit (Berufsausübungsbewilligung) arbeitet und diese Tätigkeit fachlich eigenverantwortlich im Namen und auf Rechnung von **(Name Vorname Arbeitgeber, resp. Name Institution einfügen)** ausübt

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitnehmer/-in

-----

-----

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Arbeitgeber/-in

-----

-----