



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/gesundheit/gesundheitsberufe/medizin.html>).

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

Abteilung Gesundheitsberufe & Bewilligungen
Administration Medizin
Stampfenbachstr. 30
Postfach
8090 Zürich

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
(Medizinalberufekommission, Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern,
www.admin.ch/bag) inkl. Begleitschreiben | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Doktordiplom / Promotionsdiplom | amtlich beglaubigte Kopie
des Originals* |
| <input type="checkbox"/> Eidgenössischer Weiterbildungstitel | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Ausländischer Weiterbildungstitel und zusätzlich | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Anerkennungsbestätigung des ausländischen Weiterbildungstitels

(Medizinalberufekommission, Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern,
https://www.bag.admin.ch/bag/de/home.html) 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*****
(Schweizerisches Strafregister, Dienst für Auszüge an Privatpersonen, Bundesrain 20, 3003 Bern; online unter https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/strafregister_de) | Original, nicht älter als 3 Monate |
| Bei Zuzug aus dem Ausland innerhalb der letzten 10 Jahre: | |
| <input type="checkbox"/> Strafregisterauszüge früherer Wohnsitz- oder Aufenthaltsstaaten
(der letzten 10 Jahre) | Original, nicht älter als 3 Monate* |
| <input type="checkbox"/> Vollständig ausgefülltes Formular über die bisherige berufliche Tätigkeit samt
entsprechenden Arbeitszeugnissen (Arbeitszeugnisse, FMH-Zeugnisse inkl.
Evaluationsprotokolle, etc.) | Formular Anhang 2
Zeugnisse in Kopie |
| <input type="checkbox"/> Berufsausübungsbewilligung(en) eines od. mehrerer anderer Kantone /
Staaten | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Bei früherer fachlich eigenverantwortlicher Tätigkeit in einem od. mehreren
anderen Kan ton(en) / Staat(en):

Aktuelle (nicht älter als 3 Monate) Unbedenklichkeitserklärung (Certificate of
Good Standing) der zuständigen Gesundheitsbehörde(n) /Regierungsbehörden | Original oder amtlich beglaubigte
Kopie* |
| <input type="checkbox"/> Anstellungsbestätigung (bei andauernder Anstellung) | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Erklärung betreffend Anstellung (Falls im Anstellungsverhältnis tätig. vgl. Muster
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 medizin@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 medizin@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 medizin@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
