



Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion  
Amt für Gesundheit



# Ärztliches Zeugnis betreffend Gesundheitszustand

Stand März 2022

## 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)

## Personalien Bewilligungsinhaber/in

Name, Vorname	Name	Vorname
Geburtsdatum		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Praxisadresse		
Postleitzahl/Ort/Land		
Telefon / E-Mail Praxis	Telefon	E-Mail
Privatadresse		
Postleitzahl/Ort/Land		
Telefon / E-Mail privat	Telefon	E-Mail

## Angaben zur Berufstätigkeit

(zutreffendes ankreuzen)

### Ärztliche Tätigkeit

- allgemeinärztliche Praxis
- spezialärztliche Praxis
- belegärztliche Tätigkeit
- operativ über 10% der gesamten ärztlichen Tätigkeit

Chiropraktik

Psychologische Psychotherapie

### Zahnärztliche Tätigkeit

- allgemeinzahnärztliche Praxis
- fachzahnärztlich Praxis
- ausschliesslich beratende Tätigkeit

### Gesundheitsfachpersonen

- Akupunktur
- Dentalhygiene
- Ergotherapie
- Ernährungsberatung
- Geburtshilfe
- Logopädie
- Osteopathie
- Pflege
- Physiotherapie
- Podologie

## Angaben der behandelnden Ärztin / des Arztes

### 1. Seit wann ist die Patientin / der Patient bei Ihnen in medizinischer Kontrolle?

---

---

### 2. Liegt eine somatische Erkrankung bzw. Behinderung vor, welche die Praxistätigkeit offensichtlich in Frage stellt (z.B. Gefässerkrankung des Cerebrums, M. Parkinson, Beschränkung der koordinierten feinmotorischen Fähigkeiten, Erkrankungen der Wahrnehmungsorgane)?

Nein

Ja      Diagnose: \_\_\_\_\_



Krankheitsverlauf und Therapie:

---

---

---

---

---

**3. Liegt eine psychische oder funktionelle Erkrankung bzw. Behinderung vor, welche die Praxistätigkeit offensichtlich in Frage stellt (z.B. manisch-depressives Kranksein, demenzielle Entwicklung, Sucht, insbesondere Medikamenten- und Suchtmittelabhängigkeit)?**

Nein

Ja      Diagnose: \_\_\_\_\_

Krankheitsverlauf und Therapie:

---

---

---

---

---

**4. Haben sich bei der Abklärung Hinweise ergeben, welche die Praxistätigkeit aus anderen Gründen (z.B. Vertrauenswürdigkeit) in Frage stellen?**

Nein

Ja      welche:

---

---

---

---

---

**5. Bemerkungen**

---

---

---

---

---

Ort und Datum der Untersuchung \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel \_\_\_\_\_



**Betreffend Voraussetzungen für die Erteilung der Bewilligung der fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübung:**

**Auszug aus dem Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe vom 23. Juni 2006:**

**Art. 36**

1 Die Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung wird erteilt, wenn die Gesuchstellerin oder der Gesuchsteller:

- a. ein entsprechendes eidgenössisches Diplom besitzt;
- b. vertrauenswürdig ist sowie physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bietet.

**Betreffend falsches ärztliches Zeugnis:**

**Auszug aus dem Schweizerischen Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937:**

**Art. 318**

1. Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Hebammen, die vorsätzlich ein unwahres Zeugnis ausstellen, das zum Gebrauche bei einer Behörde oder zur Erlangung eines unberechtigten Vorteils bestimmt, oder das geeignet ist, wichtige und berechnete Interessen Dritter zu verletzen, werden mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.

Hat der Täter dafür eine besondere Belohnung gefordert, angenommen oder sich versprechen lassen, so wird er mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.

2. Handelt der Täter fahrlässig, so ist die Strafe Busse.