



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Amt für Gesundheit



Chiropraktor / Chiropaktorin Antrag zur Bewilligung einer Praxisvertretung

Bewilligungen & Aufsicht

Stampfenbachstrasse 30
Postfach
8090 Zürich
Telefon +41 43 259 24 09
gesundheitsberufe@gd.zh.ch
www.zh.ch/afg

Erläuterungen zum vorliegenden Gesuchformular entnehmen Sie bitte dem Leitfaden

⇒ Bitte Zutreffendes ankreuzen

1. Antragsteller(in)

Praxisinhaberin / -inhaber (oder Erben) Praxisstempel

Name

Vorname

Praxisadresse

Telefon

2. Angaben zur Tätigkeit der Vertreterin / des Vertreters

Zeitdauer (von bis):

Militärdienst Ferien Weiterbildung Tod

Grund für Vertretung

andere, was?

3. Praxisvertreterin / Praxisvertreter

Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

m / w

Staatsangehörigkeit

Bürgerort(e)/Kanton
(bei Ausländern:
Geburtsort/-land)

Geburtsname

AHV-Nummer



Wohnadresse

Strasse

Postleitzahl/Ort/Land

Telefon Privat

Telefon Mobil

E-Mail

4. Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit der Vertreterin / des Vertreters

1. War die/der Praxisvertreterin/Praxisvertreter bereits mit einer Bewilligung der selbstständigen Berufsausübung in einem anderen Kanton/Staat tätig? Falls ja wo? (genaue Adresse) Ja Nein

2. War die/der Praxisvertreterin/Praxisvertreter bereits als Vertreterin/Vertreter oder Assistentin/Assistent im Kanton Zürich tätig? Falls ja zuletzt bei (Chiropraktor/in und/oder Institution und genaue Adresse) Ja Nein

5. Der/die Antragsteller(in) bestätigt, dieses Formular vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum:

Unterschrift:

6. Der/die Vertreter(in) bestätigt, dieses Formular vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum:

Unterschrift



Anhang 1

Beilagen zum Gesuch Praxisvertretung

Bei erstmaliger Vertretung im Kanton Zürich müssen folgende Beilagen mit dem Gesuch eingereicht werden:

zwingend:

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Eidgenössisches Chiropraktorendiplom | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Ausländisches Chiropraktorendiplom <u>und zusätzlich</u> | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Anerkennungsbestätigung des ausländischen Diploms (Medizinalberufekommission, Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern, www.admin.ch/bag) | Kopie |

Falls vorhanden:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Doktordiplom / Akademisches Diplom | amtlich beglaubigte Kopie des Originals* |
|---|--|

* bei ausländischen, nicht in deutscher Sprache abgefassten Diplomen ist zusätzlich eine amtlich beglaubigte Übersetzung in die deutsche Sprache nötig