



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

Erläuterungen zum vorliegenden Gesuchsformular entnehmen Sie bitte dem online aufgeschalteten Dokument «Das Medizinalberuferecht, Leitfaden für die Berufsausübung als Chiropraktorin oder Chiropraktor im Kanton Zürich» ([www.gd.zh.ch](http://www.gd.zh.ch)).

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

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

### 1. Grund des Gesuchs / der Mutation

→  Bitte Zutreffendes ankreuzen:

		Was ist auszufüllen?	Beilagen
<input type="checkbox"/>	Erstmalige Bewilligungserteilung zur fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübung im Kanton Zürich	- Vollständig ausgefülltes Gesuchsformular	- Sämtliche zutreffenden Unterlagen gemäss Anhang 1
<input type="checkbox"/>	Ordentliche Bewilligungserneuerung nach 10 Jahren	- Ziffer 2.1 Personalien - Ziffer 2.2 Wohnadresse - Ziffer 3 Angaben zur Berufstätigkeit - Ziffer 5 Unterschrift	- Nachweis der Erfüllung der Berufspflichten (Fortbildung, Berufshaftpflicht, Notfalldienst) gemäss Leitfaden
<input type="checkbox"/>	Bewilligungserneuerung bei Alter 70 plus (für 3 Jahre)	- Ziffer 2.1 Personalien - Ziffer 2.2 Wohnadresse - Ziffer 3 Angaben zur Berufstätigkeit - Ziffer 5 Unterschrift	- ärztliches Zeugnis im Original; Zeugnisformular kann unter <a href="mailto:medizin@gd.zh.ch">medizin@gd.zh.ch</a> bestellt werden.
<input type="checkbox"/>	Änderung der persönlichen Angaben (Name, Bürgerort, Staatsangehörigkeit)	- Ziffer 2.1 Personalien - Ziffer 5 Unterschrift	- Kopie Dokument, welches die Änderungen (Name, Bürgerort, Staatsangehörigkeit) belegt
<input type="checkbox"/>	Änderung der Praxis- oder Wohnadresse	- Ziffer 2.1 Personalien - Ziffer 2.2 resp. 3 - Ziffer 5 Unterschrift	
<input type="checkbox"/>	Änderung des Weiterbildungstitels/Doktorat	- Ziffer 2.1 Personalien - Ziffer 2.4 resp. 2.5 - Ziffer 5 Unterschrift	- Unterlagen betreff Weiterbildungstitel bzw. Doktorat gemäss Anhang 1



## 2. Angaben zur gesuchstellenden Person

### 2.1 Personalien

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

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

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

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Bürgerort/Kanton: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

### 2.2 Wohnadresse

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

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

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

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

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

### 2.3 Chiroprakto-Diplom

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

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

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

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

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

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

### 2.5 Weiterbildungstitel

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

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

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

### 3 Angaben zum Ort der selbständigen Berufsausübung / Praxisdaten

Praxisadresse im Kanton Zürich

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

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

Ev. Praxisbezeichnung \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Ev. Praxisübernahme von \_\_\_\_\_

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

### 4. 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!

### 5. Bestätigung

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

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_



## Anhang 1: Beilagen

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eidgenössisches Chiropraktorendiplom   | Kopie                                       |
| <input type="checkbox"/> Ausländisches Chiropraktorendiplom und zusätzlich  | Kopie                                       |
| <input type="checkbox"/> Anerkennungsbestätigung des ausländischen Arztdiploms<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   | amtlich beglaubigte Kopie<br>des Originals* |
| <input type="checkbox"/> Eidgenössischer Weiterbildungstitel Fachrichtung Chiropraktik  | Kopie                                       |
| <input type="checkbox"/> Ausländischer Weiterbildungstitel Fachrichtung Chiropraktik 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> )  | Kopie                                       |
| <input type="checkbox"/> Weitere akademische Titel  | amtlich beglaubigte Kopie                   |
| <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 entsprechenden Arbeitszeugnissen (FMH-Zeugnisse inkl. Evaluationsprotokolle)  | Formular Anhang 2<br>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):<br><br>Aktuelle (nicht älter als 3 Monate) Unbedenklichkeitserklärung (Certificate of Good Standing) der zuständigen Gesundheitsbehörde(n) / Regierungsbehörden   | Original oder amtlich beglaubigte<br>Kopie* |

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

\*\* 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](mailto: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](mailto: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 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_