



Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion



# Gesuch um Bewilligung der Berufsausübung als Dentalhygieniker/-in **in eigener fachlicher Verantwortung**

Stand März 2020

Kantonszahnärztlicher Dienst  
Stampfenbachstrasse 30  
Postfach  
8090 Zürich  
Telefon +41 43 259 24 21  
kzd@gd.zh.ch  
www.kantonszahnarzt.zh.ch

Erläuterungen zum vorliegenden Gesuchsformular entnehmen Sie bitte dem Merkblatt.  
Bitte kreuzen Sie jeweils das Zutreffende an.

## 1. Grund des Gesuches/der Mutation

| Grund  | Was ist auszufüllen?  | Beilagen   |
|--|---|--|
| Erstmalige Erteilung der Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung im Kanton Zürich | Vollständig ausgefülltes Gesuchsformular  | Sämtliche zutreffenden Unterlagen gemäss Anhang 1  |
| Ordentliche Bewilligungserneuerung nach 10 Jahren  | Ziffer 2.1 Personalien<br>Ziffer 2.2 Wohnadresse<br>Ziffer 3 Praxisdaten<br>Ziffer 5 Unterschrift | Police Berufshaftpflichtversicherung der letzten drei Jahre<br><br>Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister:<br>Privatauszug <b>und</b><br>Sonderprivatauszug (nicht älter als 3 Monate)   |
| Bewilligungserneuerung bei Alter 70 plus (für 3 Jahre)   | Ziffer 2.1 Personalien<br>Ziffer 2.2 Wohnadresse<br>Ziffer 3 Praxisdaten<br>Ziffer 5 Unterschrift | Ärztliches Zeugnis betreffend Gesundheitszustand<br><br>Police Berufshaftpflichtversicherung der letzten drei Jahre<br><br>Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister:<br>Privatauszug <b>und</b><br>Sonderprivatauszug (nicht älter als 3 Monate) |



## 2. Angaben zur Person

### 2.1 Personalien

Name

Geburtsname

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

weiblich

männlich

Staatsangehörigkeit

Bürgerort(e)/Kanton

(bei Ausländern: Geburtsort/-land)

### 2.2 Wohnadresse

Strasse

Postleitzahl/Ort/Land

Telefon Privat

Telefon Mobil

E-Mail

### 2.3 Dentalhygiene-Diplom

Ausstellende Stelle/Ort/Staat

Ausstellungsdatum

Diplomanerkennung: Stelle, Datum

## 3. Angaben zum Ort der Berufsausübung **in eigener fachlicher Verantwortung**/Praxisdaten

### 3.1 Praxisadresse im Kanton Zürich

Strasse

Postleitzahl/Ort

Evtl. Praxiszusatzbezeichnung

Telefon/Telefax

E-Mail/Web

Verbindliches Datum  
der Arbeitsaufnahme



Vorgesehener klinischer  
Arbeitsumfang in %

Praxisgemeinschaft mit  
oder Praxisübernahme von

3.2 Praxisadresse(n) in anderen Kantonen/im Ausland (teilzeitlich Tätige)  
Strasse

Postleitzahl/Ort

Evtl. Praxiszusatzbezeichnung

Telefon/Telefax

E-Mail/Web

Beschäftigungsumfang in %

## 4. Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

- |   |    |      |
|---|----|------|
| 1. Verfügen Sie schon über eine Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung in einem oder mehreren anderen Kanton(en)/Staat(en)?                               | Ja | Nein |
| 2. Wurde Ihnen in einem anderen Kanton/Staat die Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung verweigert oder entzogen?   | Ja | Nein |
| 3. Laufen Verfahren gegen Sie in einem anderen Kanton/Staat (Aufsichtsrechtliche Verfahren, Strafverfahren, Haftpflicht- oder Zivilverfahren mit Bezug auf die berufliche Tätigkeit)? | Ja | Nein |
| 4. Liegen in der Schweiz oder in anderen Staaten Strafregistereinträge gegen Sie vor?   | Ja | Nein |

Wurde eine der Fragen mit Ja beantwortet, sind nachfolgend genauere Angaben zu machen. Dem Gesuch sind zudem die entsprechenden Akten beizulegen.

## 5. Bestätigung

Die/der Unterzeichnende bestätigt, dieses Formular vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift



## Anhang 1

Beilagen zum Gesuch um Bewilligung der Berufsausübung als  
Dentalhygieniker/-in **in eigener fachlicher Verantwortung**

|   |  |
|---|--|
| Beilage   | als  |
| Eidg. anerkanntes Diplom einer höheren Fachschule   | Kopie  |
| Ausländisches Dentalhygiene-Diplom und<br>Schweizerische Anerkennungsbestätigung des ausländischen<br>Dentalhygiene-Diploms durch das Schweizerische Rote Kreuz<br>(www.bildung-gesundheit.ch, Schweizerisches Rotes Kreuz,<br>Anerkennung Ausbildungsabschlüsse, Werkstrasse 18, 3084 Wabern)<br>oder das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation<br>SBFI (www.sbf.admin.ch) | Kopie*<br>Kopie  |
| Handlungsfähigkeitszeugnis (bei Wohnsitz in CH)   | Original, nicht älter als 3<br>Monate  |
| Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister:<br>Privatauszug <b>und</b> Sonderprivatauszug**<br>(Bundesamt für Justiz, Schweizerisches Strafregister, Dienst für<br>Private, Bundesrain 20, 3003 Bern; online unter<br>www.strafregister.admin.ch)   | Kopie, nicht älter als 3<br>Monate   |
| Bei Zuzug aus dem Ausland:<br>Erweiterte Führungszeugnisse oder Äquivalent der früheren<br>Wohnsitz- und Aufenthaltsstaaten (der letzten 10 Jahre)  | Original, nicht älter als 3<br>Monate*   |
| Vollständig ausgefülltes Formular über die bisherige berufliche<br>Tätigkeit inklusive entsprechenden Arbeitszeugnissen   | Formular Anhang 2<br>Zeugnisse in Kopie*                                       |
| Berufsausübungsbewilligung(en) eines oder mehrerer anderer<br>Kantone/Staaten   | Kopie(n)*  |
| Bei früherer Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung in<br>einem oder mehreren anderen Kanton(en) / Staat(en):<br>Unbedenklichkeitserklärung (Certificate of Good Standing),<br>der zuständigen kantonalen Gesundheitsdirektion oder der<br>zuständigen staatlichen Gesundheitsbehörde(n)   | Original, nicht älter<br>als 3 Monate oder<br>amtlich beglaubigte<br>Kopie(n)* |

\* Bei ausländischen, nicht in einer Amtssprache der Schweiz oder in Englisch abgefassten Dokumenten ist zusätzlich eine amtlich beglaubigte Kopie in die deutsche Sprache nötig.

\*\* Nach Eingang Ihrer Gesuchsunterlagen werden wir Ihnen das von uns ausgefüllte/unterzeichnete Formular für die Bestellung des Sonderprivatauszuges zustellen.



## Anhang 2

Formular bisherige berufliche Tätigkeit

1) Praxis Adresse, Ort  
von bis  
Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung  
Berufsausübung unter fachlicher Verantwortung

2) Praxis Adresse, Ort  
von bis  
Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung  
Berufsausübung unter fachlicher Verantwortung

3) Praxis Adresse, Ort  
von bis  
Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung  
Berufsausübung unter fachlicher Verantwortung

4) Praxis Adresse, Ort  
von bis  
Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung  
Berufsausübung unter fachlicher Verantwortung

5) Praxis Adresse, Ort  
von bis  
Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung  
Berufsausübung unter fachlicher Verantwortung

6) Praxis Adresse, Ort  
von bis  
Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung  
Berufsausübung unter fachlicher Verantwortung

Der/die Unterzeichnende bestätigt, diese Aufstellung vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift