



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion



Ergotherapie

Gesuch um Bewilligung zur fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübung

Januar 2020

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich
Gesundheitsberufe & Bewilligungen
Stampfenbachstrasse 30
8090 Zürich
Telefon +41 43 259 24 09
medizin@gd.zh.ch
www.gd.zh.ch

Erläuterungen zur Gesuchseinreichung entnehmen Sie bitte dem «Merkblatt Bewilligung für fachlich eigenverantwortliche Berufsausübung Ergotherapie».

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	
<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 medizin@gd.zh.ch 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	



2. Angaben zur Person

2.1 Personalien

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m / w

Staatsangehörigkeit _____

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

Geburtsname _____

AHV-Nr. _____

2.2 Wohnadresse

Strasse _____

Postleitzahl/Ort/Land _____

Telefon Privat _____

Telefon Mobil _____

E-Mail _____

2.3 Berufsdiplom

Ausstellende Stelle/Ort/Staat _____

Ausstellungsdatum _____

3. Angaben zur selbstständigen Berufsausübung / Praxisdaten

Ort der geplanten Tätigkeit im Kanton Zürich

Strasse _____

Postleitzahl/Ort _____

Zusatzbezeichnung _____

Telefon _____

E-Mail _____

Verbindliches Datum der Tätigkeitsaufnahme _____

Praxisübernahme von _____

Praxisgemeinschaft mit _____

Selbstständige Berufstätigkeit oder Leiter/-in einer Organisation der Ergotherapie



4. Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

Frühere selbstständige Berufstätigkeit als Ergotherapeutin / Ergotherapeut?

Ja Nein

Wenn ja, wann und wo?

Verfügen Sie schon über eine Berufsausübungsbewilligung in einem oder mehreren anderen Kanton(en) / Staat(en)?

Ja Nein

Laufen gegen Sie aufsichtsrechtliche Verfahren, Haftpflicht- oder Zivilverfahren mit Bezug auf die berufliche Tätigkeit oder Strafverfahren?

Ja Nein

→ Wenn ja, 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 zum Gesuch

<input type="checkbox"/> Berufsdiplom in Ergotherapie FH	amtlich beglaubigte Kopie*
<input type="checkbox"/> bei ausländischem Abschluss Gleichwertigkeitsanerkennung der SRK	amtlich beglaubigte Kopie*
<input type="checkbox"/> Vollständig ausgefülltes Formular über die bisherige berufliche Tätigkeit samt entsprechenden Arbeitszeugnissen	Formular Anhang 2 Zeugnisse in 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***	Original, nicht älter als 3 Monate
(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)	
Bei Zuzug aus dem Ausland:	
<input type="checkbox"/> Strafregisterauszüge früherer Wohnsitz- oder Aufenthaltsstaaten (der letzten 10 Jahre)	Original, nicht älter als 3 Monate
Bei früherer selbstständiger Tätigkeit in einem oder mehreren anderen Kanton(en) / Staat(en):	
<input type="checkbox"/> Berufsausübungsbewilligung(en) eines oder mehrerer anderer Kantone/Staaten	Kopie
<input type="checkbox"/> Unbedenklichkeitserklärung (Certificate of Good Standing) der zuständigen Gesundheitsbehörde(n)	Original oder amtlich beglaubigte Kopie

* Bei Vorlage einer gültigen Berufsausübungsbewilligung und einer aktuellen Unbedenklichkeitserklärung (Certificate of Good Standing) kann auf die Einreichung eines Handlungsfähigkeitszeugnisses verzichtet werden, das Berufsdiplom und/oder ein allfälliger Anerkennungsausweis der SRK müssen dann nur in einfacher Kopie eingereicht werden.

**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 _____

1) Arbeitgeber _____

VON (Monat/Jahr) _____ bis (Monat/Jahr) _____ Tätigkeit in % _____

Funktion _____

2) Arbeitgeber _____

VON (Monat/Jahr) _____ bis (Monat/Jahr) _____ Tätigkeit in % _____

Funktion _____

3) Arbeitgeber _____

VON (Monat/Jahr) _____ bis (Monat/Jahr) _____ Tätigkeit in % _____

Funktion _____

4) Arbeitgeber _____

VON (Monat/Jahr) _____ bis (Monat/Jahr) _____ Tätigkeit in % _____

Funktion _____

5) Arbeitgeber _____

VON (Monat/Jahr) _____ bis (Monat/Jahr) _____ Tätigkeit in % _____

Funktion _____

6) Arbeitgeber _____

VON (Monat/Jahr) _____ bis (Monat/Jahr) _____ Tätigkeit in % _____

Funktion _____

7) Arbeitgeber _____

VON (Monat/Jahr) _____ bis (Monat/Jahr) _____ Tätigkeit in % _____

Funktion _____

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

Ort und Datum:

Unterschrift:
