



Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion  
Amt für Gesundheit



# Gesuch um Bewilligung einer Vertretung

## 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)

Beruf: (bitte eintragen)

---

### 1. Gesuchsteller /-in

Praxisinhaberin / -inhaber  
(oder Erben)

Praxisstempel

Name

Vorname

Praxisadresse

Telefon

### 2. Angaben zur Vertretung

Zeitdauer (von bis):

Militärdienst

Ferien

Weiterbildung

Tod

Grund für Vertretung

andere, was?

### 3. Vertreter/-in

3.1 Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

m  / w

Staatsangehörigkeit

Bürgerort(e)/Kanton

(bei Ausländern:  
Geburtsort/-land)

Geburtsname

AHV-Nummer



## 3.2 Wohnadresse

Strasse

Postleitzahl/Ort/Land

Telefon Privat

Telefon Mobil

E-Mail

## 4. Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit der Vertreterin / des Vertreters

1. Verfügen Sie schon über eine Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung in einem oder mehreren anderen Kanton(en)/Staat(en) Ja  Nein

Wenn ja, wo ? (genaue Adresse(n))

2. Waren Sie bereits im Kanton Zürich selbstständig tätig? Ja  Nein

Wenn ja, seit wann (Bewilligungsdatum)

3. Waren Sie bereits im Kanton Zürich als Vertreter/-in tätig? Ja  Nein

Wenn ja, zuletzt bei ? (genaue Adresse der damals vertretenen Person)

5. Der/die Gesuchsteller/die Gesuchstellerin 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

## Gesuchsbeilagen

Bei erstmaliger Vertretung im Kanton Zürich und wenn der Vertreter oder die Vertreterin über keine Berufsausübungsbewilligung im Kanton Zürich verfügt, müssen folgende Beilagen mit dem Gesuch eingereicht werden:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Berufsdiplom  | Kopie                                   |
| <input type="checkbox"/> Bei ausländischem Berufsdiplom <u>zusätzlich</u>  | Kopie                                   |
| <input type="checkbox"/> eidgenössische Anerkennungsbestätigung des ausländischen Diploms  | Kopie                                   |
| <input type="checkbox"/> Vollständig ausgefülltes Formular über die bisherige berufliche Tätigkeit samt entsprechenden Arbeitszeugnissen | Formular Anhang 2<br>Zeugnisse in Kopie |



## Anhang 2

### Formular 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_