



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Amt für Gesundheit



Laborleitung

Gesuch um Bewilligung zur fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübung

Juli 2022

Bewilligungen & Aufsicht

Stampfenbachstrasse 30

8090 Zürich

Telefon +41 43 259 24 09

gesundheitsberufe@gd.zh.ch

www.zh.ch/afg

Erläuterungen zur Gesuchseinreichung entnehmen Sie bitte dem "Merkblatt Bewilligung für fachlich eigenverantwortliche Berufsausübung Laborleitung".

1. Grund des Gesuchs / der Mutation

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

		Was ist auszufüllen?	Beilagen
<input type="checkbox"/>	Erstmalige Bewilligungserteilung zur fachlich eigenverantwortliche 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 Praxisdaten - Ziffer 5 Unterschrift	
<input type="checkbox"/>	Bewilligungserneuerung bei Alter 70 plus (für 3 Jahre)	- Ziffer 2.1 Personalien - Ziffer 2.2 Wohnadresse - Ziffer 3 Praxisdaten - Ziffer 5 Unterschrift	- Ärztliches Zeugnis im Original; Zeugnisformular kann unter gesundheitsberufe@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 oder Staatsangehörigkeit) belegt. - Bei Namensänderung müssen neue Unterschriftenkarten unter gesundheitsberufe@gd.zh.ch bestellt werden.
<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 Doktorat/ Weiterbildungstitel - Ziffer 5 Unterschrift	- Unterlagen betreffend Weiterbildungstitel bzw. Doktorat gemäss Anhang 1



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 Hochschuldiplom:

Ausstellende Stelle/Ort/Staat _____

Ausstellungsdatum _____

2.4 Akademischer Titel

Bezeichnung _____

Ausstellende Stelle/Ort/Staat _____

Ausstellungsdatum _____

2.5 Weiterbildung in Labordiagnostik

Fachrichtung _____

Ausstellende Stelle/Ort/Land _____

Ausstellungsdatum _____



3. Angaben zur selbstständigen Berufsausübung / Laboradresse

Laboradresse

Strasse _____
Postleitzahl/Ort _____
Laborname _____
Telefon _____
Telefax _____
E-Mail _____

Verbindliches Datum der Tätigkeitsaufnahme _____

4. Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

Frühere selbstständige Berufstätigkeit als Laborleiterin / Laborleiter ? 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"/> Hochschuldiplom	amtlich beglaubigte Kopie*
<input type="checkbox"/> Doktordiplom	amtlich beglaubigte Kopie*
<input type="checkbox"/> FAMH-Weiterbildungstitel	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 od. mehreren anderen Kanton(en) / Staat(en):	
<input type="checkbox"/> Berufsausübungsbewilligung(en) eines oder mehrerer anderer Kantone/ Staaten (en)	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 werden, Hochschuldiplom, FAMH-Weiterbildungstitel und allfälliges Doktordiplom müssen dann nur in einfacher Kopie eingereicht werden.

**Falls Sie den Strafregisterauszug 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 gesundheitsberufe@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 gesundheitsberufe@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
