



Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion  
Amt für Gesundheit



## Pflegefachperson

# 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](mailto:gesundheitsberufe@gd.zh.ch)  
[www.zh.ch/afg](http://www.zh.ch/afg)

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

## 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 <a href="mailto:gesundheitsberufe@gd.zh.ch">gesundheitsberufe@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	



## 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 Berufsaus- übung / 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 Spitex-Institution



## 4. Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

Frühere selbstständige Berufstätigkeit als Pflegefachfrau / Pflegefachmann? 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 Pflege FH / HF bzw. vom SRK anerkannt	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 <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> )	
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 des 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 [gesundheitsberufe@gd.zh.ch](mailto: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](mailto: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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_