



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
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
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
