



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion

Psychologische Psychotherapie

Meldung der beabsichtigten Aufnahme einer zeitlich begrenzten selbstständigen Tätigkeit (90-Tage-Dienstleistung) für Personen mit Bewilligung aus einem anderen Kanton

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 90-Tage-Dienstleistung für Personen mit Bewilligung aus anderen Kantonen entnehmen Sie bitte dem Merkblatt "Gesuch fachlich eigenverantwortliche Berufsausübung psychologische Psychotherapie".

1. Grund der Meldung / Mutation

⇒ Bitte Zutreffendes ankreuzen

		Was ist auszufüllen?	Beilagen gemäss Anhang
<input type="checkbox"/>	Meldung der zeitlich begrenzten eigenverantwortliche Tätigkeit (90-Tage-Dienstleistung)	- vollständig ausgefülltes Meldeformular	- Sämtliche Unterlagen gemäss Anhang
<input type="checkbox"/>	Anzeige der Fortsetzung einer zeitlich eigenverantwortliche Tätigkeit (90-Tage-Dienstleistung)	- vollständig ausgefülltes Meldeformular	- Unbedenklichkeitserklärung gemäss Anhang
<input type="checkbox"/>	Änderung der Persönlichen Angaben (Name, Bürgerort, Staatsangehörigkeit)	- Ziff. 2.1 Personalien - Ziff. 4 Unterschrift	- Kopie Dokument, das die Änderungen (Name, Bürgerort, Staatsangehörigkeit) belegt.
<input type="checkbox"/>	Änderung der Praxis- oder Wohnadresse	- Ziff. 2.1 Personalien - Ziff. 2.2 resp. 3 - Ziff. 4 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 Hochschulabschluss

Ort und Name der Hochschule

Abgeschlossene Studienfächer /
Nebenfächer

Datum des Abschlusses

2.4 Weiterbildung in Psychotherapie

Erlernte Psychotherapiemethode(n)

Name der psychotherapeutischen
Weiterbildung:



3. Angaben zur selbstständigen Berufsausübung / Praxisdaten

3.1 Ständige Praxisadresse im anderen Kanton

Strasse _____

Ev. Praxiszusatzbezeichnung _____

Postleitzahl/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

3.2 Angaben über die gewünschte zeitlich begrenzte Tätigkeit im Kanton Zürich (max. 90 Tage pro Kalenderjahr)

Strasse _____

Postleitzahl/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Verbindliches Datum der
Tätigkeitsaufnahme _____

3.3 Wohn- und Kontaktadresse während der Tätigkeit im Kanton Zürich

Strasse _____

Postleitzahl/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

4. Bestätigung

Die unterzeichnende Person bestätigt, dieses Formular vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.
(Unvollständige Gesuche werden zur Ergänzung retourniert.)

Ort und Datum:

.....

Unterschrift:



Anhang

Beilagen

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss und zusätzlich (falls vorhanden) | Kopie |
| <input type="checkbox"/> bei ausländischem Hochschulabschluss: Eidgenössische Anerkennung | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Doktordiplom (falls vorhanden) | amtlich beglaubigte Kopie |
| <input type="checkbox"/> Abschlussdiplom der Weiterbildung in Psychotherapie und zusätzlich: | Kopie |
| <input type="checkbox"/> bei ausländischem Diplom: Eidgenössische Anerkennung | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Fachtitel Psychotherapie ASP, FSP oder SBAP | amtlich beglaubigte Kopie |
| <input type="checkbox"/> Berufsausübungsbewilligung(-en) eines oder mehrerer anderer Kantone | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Unbedenklichkeitserklärung (Certificate of Good Standing) der zuständigen Gesundheitsbehörde | Original oder amtlich beglaubigte Kopie |