



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Amt für Gesundheit

Gesuch um Berufsausübung unter fachlicher Verantwortung als Assistenz- Zahnärztin/-Zahnarzt

Stand Mai 2022

Bewilligungen & Aufsicht

Stampfenbachstrasse 30
Postfach
8090 Zürich
Telefon +41 43 259 24 09
gesundheitsberufe@gd.zh.ch
www.zh.ch/afg

Erläuterungen zum vorliegenden Gesuchsformular entnehmen Sie bitte dem Merkblatt. Bitte kreuzen Sie jeweils das Zutreffende an.

1. Gesuchsteller/-in

Name / Firma

Adresse

Postleitzahl/Ort

Telefon

Rechtsform

2. Assistenz-Zahnärztin/-Zahnarzt

2.1 Personalien

Name

Geburtsname

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

weiblich

männlich

Staatsangehörigkeit

Bürgerort(e)/Kanton

(bei Ausländern:Geburtsort/-land)

2.2 Wohnadresse

Strasse

Postleitzahl/Ort/Land

Telefon Privat

Telefon Mobil

E-Mail



2.3 Zahnarzt-Diplom

Ausstellende Stelle/Ort/Staat

Ausstellungsdatum

Diplomanerkennung: Stelle, Datum

2.4 Akademischer Titel

(Doktorat o.ä.)

Bezeichnung

Ausstellende Stelle/Ort/Staat

Ausstellungsdatum

2.5 Fachzahnarztstitel

Fachrichtung

Kieferorthopädie

Orale Chirurgie

Parodontologie

Rekonstruktive
Zahnmedizin

Ausstellende Stelle/Ort/Land

Ausstellungsdatum

2.6 Privatrechtliche und universitäre Weiterbildungstitel

(WBA, Master u.a.)

Bezeichnung

Ausstellende Stelle/Ort/Land

Ausstellungsdatum

3. Angaben zur klinischen Tätigkeit

Datum der Arbeitsaufnahme

Vorgesehener klinischer

Arbeitsumfang in %

Allenfalls Zweitarbeitgeber

Dortiger Arbeitsumfang in %

3.1 Art der Anstellung

unbefristete Anstellung

befristete Anstellung bis



4. Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

- | | | |
|---|----|------|
| 1. Verfügen Sie schon über eine Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung in einem oder mehreren anderen Kanton(en)/Staat(en)? | Ja | Nein |
| 2. Wurde Ihnen in einem anderen Kanton/Staat die Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung verweigert oder entzogen? | Ja | Nein |
| 3. Laufen Verfahren gegen Sie in einem anderen Kanton/Staat (Aufsichtsrechtliche Verfahren, Strafverfahren, Haftpflicht- oder Zivilverfahren mit Bezug auf die berufliche Tätigkeit)? | Ja | Nein |
| 4. Liegen in der Schweiz oder in anderen Staaten Strafregistereinträge gegen Sie vor? | Ja | Nein |

Wurde eine der Fragen mit Ja beantwortet, sind nachfolgend genauere Angaben zu machen. Dem Gesuch sind zudem die entsprechenden Akten beizulegen.

5. Evtl. austretende/r Assistent/in

Name Vorname

Austrittsdatum

6. Bestätigung Gesuchsteller/-in

Die/der Unterzeichnende bestätigt, dieses Formular vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift

7. Bestätigung Assistenz-Zahnärztin/-Zahnarzt

Die/der Unterzeichnende bestätigt, dieses Formular vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift

Anhang 1

Beilagen zum Gesuch um Bewilligung der Berufsausübung unter fachlicher Verantwortung als Assistenz-Zahnärztin/-Zahnarzt

Beilage	als
Eidgenössisches Zahnarzt Diplom	Kopie
Ausländisches Zahnarzt Diplom/Diplomzeugnis und Anerkennungsbestätigung des ausländischen Zahnarzt Diploms (Bundesamt für Gesundheit, MEBEKO, 3003 Bern, www.bag.admin.ch)	Kopie** Kopie
Diplome betreffend akademische Titel (z. B. Doktordiplom)	Kopie**
Nachweis Registrierung der Sprachkenntnisse im Medizinalberuferegister (Bundesamt für Gesundheit, MEBEKO, 3003 Bern, www.bag.admin.ch)	Kopie
Eidgenössischer Fachzahnarzt Titel	Kopie
Ausländischer Fachzahnarzt Titel und Anerkennungsbestätigung des ausländischen Weiterbildungstitels (Bundesamt für Gesundheit, MEBEKO, 3003 Bern, www.bag.admin.ch)	Kopie** Kopie
Privatrechtlicher oder universitärer Weiterbildungstitel	Kopie**
Formular „Amtlich beglaubigte Unterschrift“ (online unter www.gd.zh.ch , Zahnmedizin, Allgemeine Formulare & Merkblätter)	Amtlich beglaubigtes Formular**
Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister (Bundesamt für Justiz, Schweizerisches Strafregister, Dienst für Private, Bundesrain 20, 3003 Bern; online unter www.strafregister.admin.ch)	Original, nicht älter als 3 Monate
Bei Zuzug aus dem Ausland: Strafregisterauszüge/polizeiliche Führungszeugnisse früherer Wohnsitz- oder Aufenthaltsstaaten (der letzten 10 Jahre)	Original, nicht älter als 3 Monate oder amtlich beglaubigte Kopie(n)**
Vollständig ausgefülltes Formular über die bisherige berufliche Tätigkeit inklusive entsprechende Arbeitszeugnisse	Formular Anhang 2 Zeugnisse in Kopie**
Bei früherer Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung in einem oder mehreren anderen Kanton(en) / Staat(en): Berufsausübungsbewilligung(en) eines oder mehrerer anderer Kantone/Staaten	Kopie**
Bei früherer Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung in einem oder mehreren anderen Kanton(en) / Staat(en): Unbedenklichkeitserklärung (Certificate of Good Standing) der zuständigen kantonalen Gesundheitsdirektion oder der für die Approbationskontrolle zuständigen staatlichen Gesundheitsbe- hörde(n) (z.B. Landes-Regierungsamt, Landes-Gesundheitsamt)	Original, nicht älter als 3 Monate oder amtlich beglaubigte Kopie(n)**

** Bei ausländischen, nicht in einer Amtssprache der Schweiz oder in Englisch abgefassten Dokumenten ist zusätzlich eine amtlich beglaubigte Übersetzung in die deutsche Sprache nötig.



Anhang 2

Formular bisherige berufliche Tätigkeit

1) Praxis Adresse, Ort
von bis
Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung
Berufsausübung unter fachlicher Verantwortung

2) Praxis Adresse, Ort
von bis
Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung
Berufsausübung unter fachlicher Verantwortung

3) Praxis Adresse, Ort
von bis
Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung
Berufsausübung unter fachlicher Verantwortung

4) Praxis Adresse, Ort
von bis
Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung
Berufsausübung unter fachlicher Verantwortung

5) Praxis Adresse, Ort
von bis
Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung
Berufsausübung unter fachlicher Verantwortung

6) Praxis Adresse, Ort
von bis
Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung
Berufsausübung unter fachlicher Verantwortung

Der/die Unterzeichnende bestätigt, diese Aufstellung vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift

Anhang 3

Merkblatt Zulassungsbeschränkung für Zahnärztinnen und Zahnärzte

Seit dem 13. Dezember 2019 setzt der Kanton Zürich die in Art. 55a KVG vorgesehene Möglichkeit um, die Zulassung von zahnärztlichen Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu beschränken. Nachfolgend finden Sie die wichtigsten Informationen dazu. Rechtliche Grundlage ist die kantonale Einführungsverordnung zur Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (EV VEZL; LS 832.14). Weitere Informationen über den Beschluss des Regierungsrats finden Sie in der Medienmitteilung vom 13. Dezember 2019.

Geltungsbereich der Zulassungsbeschränkung

Die Zulassungsbeschränkung gilt grundsätzlich für Zahnärztinnen und Zahnärzte in Privatpraxen und Institutionen, die fachlich eigenverantwortlich, unter Aufsicht oder als 90-Tage-Dienstleister (fachlich eigenverantwortliche Tätigkeit während 90 Tagen pro Kalenderjahr) tätig sind, ausser für:

- Zahnärztinnen und Zahnärzte, die im Rahmen ihrer Weiterbildung in einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte tätig sind (Tätigkeit an Universität oder bei einer zur OKP zugelassenen Zahnarztperson)
- Zahnärztinnen und Zahnärzte, die in einer Poliklinik mit Leistungsauftrag der öffentlichen Hand tätig sind (z.B. Schulzahnklinik)
- Zahnärztinnen und Zahnärzte, die in einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte mind. eine dreijährige Weiterbildung absolviert haben.

Darunter fallen folgende Abschlüsse:

- Fachzahnärztin / Fachzahnarzt Kieferorthopädie (SSO)
- Fachzahnärztin / Fachzahnarzt Oralchirurgie (SSO)
- Fachzahnärztin / Fachzahnarzt Rekonstruktive Zahnmedizin (SSO)
- Fachzahnärztin / Fachzahnarzt Parodontologie (SSO)
- WBA Allgemeine Zahnmedizin (SSO)
- WBA Endodontologie (SSE/SSO)
- WBA Kinderzahnmedizin (SVK/SSO)
- WBA Orale Implantologie (SG/SSO)
- WBA Präventive und Rekonstruktive Zahnmedizin (SSPRE/SSO)
- Zahnärztinnen und Zahnärzte, die eine Assistenzzeit von 3 Jahren (Beschäftigungsgrad 100%) in einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte oder bei einer zur OKP zugelassenen Zahnarztperson absolviert haben.

Die Zulassungsbeschränkung gilt für Gesuche, die am oder nach dem Publikationsdatum des Regierungsratsbeschlusses zur Zulassungsbeschränkung eingegangen sind (13. Dezember 2019). Wer vor dem Stichdatum zugelassen war, bleibt es weiterhin. Wer bereits als Assistenz Zahnärztin / Assistenz Zahnarzt bewilligt war, kann trotz Zulassungsbeschränkung die Stelle wechseln.

Die Zulassungsbeschränkung gilt auch für Zahnärztinnen und Zahnärzte, die in einem anderen Kanton zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen sind und beabsichtigen, fortan im Kanton Zürich tätig zu sein.