



Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion  
Amt für Gesundheit

# Gesuch um Erteilung einer Betriebsbewilligung für eine Poliklinik (Ambulatorium öffentlicher Hand)

Stand Mai 2022

## **Bewilligungen & Aufsicht**

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

### 1. Institution/Trägerschaft

Name

Adresse

Postleitzahl/Ort

Telefon

Fax

### 2. Standort(e)/Betriebsstätte(n)

Name

Adresse

Postleitzahl/Ort

Telefon

Fax

E-Mail

### 3. Gesamtverantwortliche Leitung (Gremium oder Einzelperson)

Name

Adresse

Name

Adresse

Name

Adresse

Name

Adresse

(Mindestens eine Person muss Zahnärztin/Zahnarzt sein)



## 4. Verantwortliche zahnärztliche Leitung

Name

Adresse

(Zwingend ein/e Zahnärztin/Zahnarzt, welche/r Mitglied der gesamtverantwortlichen Leitung ist)

Ort und Datum

Unterschrift

# Anhang 1

## Beilagen zum Gesuch um Erteilung einer Betriebsbewilligung für eine Poliklinik

Nachweis Betriebshaftpflichtversicherung entsprechend der mit der Tätigkeit verbundenen Risiken, aber mindestens mit einer Deckungssumme von Fr. 5 Mio.

Betriebskonzept mit Umschreibung des Leistungsangebotes inkl. Notfalldienstkonzept

Konzept betreffend Führung der Patientendokumentationen (u.a. korrekte Führung, nachvollziehbare Urheberschaft der Einträge, Sicherstellung der Aufbewahrung und der Zugänglichkeit für Patientinnen und Patienten gemäss § 13 GesG)

Organigramm (Diagramm) der Poliklinik (inkl. gesamtverantwortlichen und zahnärztlichen Leitung, Zahnärzte und Personal)

Unterlagen zu folgenden Personen:

- a) Gesamtverantwortliche Leitung (betriebliche Verantwortung); unter Beilage
  - aa) eines aktuellen Auszuges aus dem Zentralstrafregister (Original, nicht älter als drei Monate)
  - ab) einer schriftlichen Erklärung der Verantwortungsübernahme (Anhang 2)
- b) Verantwortliche zahnärztliche Leitung (Einhaltung gesundheitsrechtliche Bestimmungen); unter Beilage
  - ba) der Berufsausübungsbewilligung in Kopie oder eines Gesuches zur Erteilung der Berufsausübungsbewilligung (inklusive der notwendigen Beilagen)
  - bb) einer schriftlichen Erklärung der Verantwortungsübernahme (Anhang 3)
- c) Zahnärztliches Personal; unter
  - ca) Angabe der Fachdisziplinen
  - cb) Beilage der/s Gesuche/s um Bewilligung der Beschäftigung eines Zahnarztes oder einer Zahnärztin in fachlicher Eigenverantwortung (Berufsausübungsbewilligung) oder unter fachlicher Verantwortung (Assistenzbewilligung), inklusive der notwendigen Beilagen
- d) Weitere an Patienten tätige Medizinalpersonen (Dentalhygieniker, Prophylaxeassistenten, Zahnprothetiker)

Plan der Räumlichkeiten der Institution

## **Anhang 2**

### **Erklärung Verantwortungsübernahme Gesamtverantwortliche Leitung**

Hiermit bestätige ich / bestätigen wir

die gesamtverantwortliche Leitung für die nachfolgende Poliklinik

im Sinne von § 36 Abs. 1 lit. c GesG zu übernehmen und die mit dieser Funktion einhergehende betriebliche Verantwortung wahrzunehmen, unter Gewährleistung der medizinischen Unabhängigkeit der zahnärztlichen Leitung und der zahnärztlichen Mitarbeitenden.

Ort und Datum

Unterschrift

## **Anhang 3**

### **Erklärung Verantwortungsübernahme zahnärztliche Leitung**

Hiermit bestätige ich

die zahnärztliche Leitung für die nachfolgende Poliklinik

im Sinne von § 36 Abs. 1 lit. d GesG zu übernehmen und die mit dieser Funktion einhergehende medizinische Verantwortung wahrzunehmen, insbesondere für

- die medizinischen Handlungen / Behandlungen (Anamnese, Befund, Diagnose, Aufklärung, Therapie) der Patientinnen und Patienten nach lege artis, unter Wahrung der zahnärztlichen Unabhängigkeit,
- das Notfallmanagement,
- das Hygienemanagement,
- die korrekte Führung und Aufbewahrung der Patientendokumentationen, inklusive Sicherstellung des Datenschutzes und der Datensicherheit sowie der Zugänglichkeit für die Patientinnen und Patienten (auch über eine allfällige Betriebsauflösung hinaus),
- die Einhaltung der gesundheitspolizeilichen Vorschriften,
- die Gewährleistung der Qualität der Leistungserbringung,
- die sorgfältige Medikamentenbewirtschaftung und Bewirtschaftung der Medizinprodukte.

Ort und Datum

Unterschrift