



Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion  
Amt für Gesundheit

# Gesuch um Bewilligung einer Praxisvertretung in einer Zahnarztpraxis (Zahnärztliche Vertreterbewilligung)

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

Vorname

Adresse

Postleitzahl/Ort

Telefon

Fax

## 2. Praxisvertreter/-in

### 2.1 Personalien

Name

Geburtsname

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

weiblich

männlich

Staatsangehörigkeit

Bürgerort(e)/Kanton  
(bei Ausländern: Geburtsort/-land)

AHV-Nr.

sofern vorhanden

GLN-Nr.

ZSR-Nr.



## 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

## 2.7 Vertretung

Verbindliche Angabe der  
Vertretungsdauer (von/bis)

Vorgesehener klinischer  
Arbeitsumfang in %

Grund der Vertretung  
(z.B. Krankheit)



### 3. Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

- |   |    |      |
|---|----|------|
| 1. Verfügen Sie schon über eine Bewilligung zur selbstständigen* Berufsausübung in einem oder mehreren anderen Kanton(en)/Staat(en)?  | Ja | Nein |
| 2. Haben Sie schon in einem anderen Kanton/Staat selbstständig* eine Praxis geführt?  | Ja | Nein |
| 3. Wurde Ihnen in einem anderen Kanton/Staat die Bewilligung zur selbstständigen* Berufsausübung verweigert oder entzogen?  | Ja | Nein |
| 4. Laufen Verfahren gegen Sie in einem anderen Kanton/Staat (Aufsichtsrechtliche Verfahren, Strafverfahren, Haftpflicht- oder Zivilverfahren mit Bezug auf die berufliche Tätigkeit)? | Ja | Nein |

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

### 5. Bestätigung Gesuchsteller/-in

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

Ort und Datum

Unterschrift

### 5. Bestätigung Vertreter/-in

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

Ort und Datum

Unterschrift

\* Selbstständige Berufsausübung: Fachlich eigenverantwortliche Tätigkeit in eigenem Namen und auf eigene Rechnung oder im Namen und auf Rechnung eines Dritten (Anstellung bei Zahnärztin/Zahnarzt oder in AG/GmbH mit Betriebsbewilligung).



## Anhang 1

### Beilagen zum Gesuch um Bewilligung einer Praxisvertretung in einer Zahnarztpraxis (Zahnärztliche Vertreterbewilligung)

Beilage	als
Eidgenössisches Zahnarzt Diplom	Kopie
Ausländisches Zahnarzt Diplom/Diplomzeugnis und Anerkennungsbestätigung des ausländischen Zahnarzt dip- loms (Bundesamt für Gesundheit, MEBEKO, 3003 Bern, <a href="http://www.bag.admin.ch">www.bag.admin.ch</a> )	Kopie** Kopie
Diplome betreffend akademische Titel (z. B. Doktordiplom)	Amtlich beglaubigte Kopie**
Eidgenössischer Fachzahnarzt titel	Kopie
Ausländischer Fachzahnarzt titel und Anerkennungsbestätigung des ausländischen Weiterbildungs- titels (Bundesamt für Gesundheit, MEBEKO, 3003 Bern, <a href="http://www.bag.admin.ch">www.bag.admin.ch</a> )	Kopie** Kopie
Privatrechtlicher oder universitärer Weiterbildungstitel	Amtlich beglaubigte Kopie**
Weiterbildungsausweis SSO	Kopie
Formular „Amtlich beglaubigte Unterschrift“	Amtlich beglaubigtes Formular**
Handlungsfähigkeitszeugnis (bei Wohnsitz in CH)	Original, nicht älter als 3 Monate
Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister (Bundesamt für Justiz, Schweizerisches Strafregister, Dienst für Private, Bundesrain 20, 3003 Bern; online unter <a href="http://www.strafregister.admin.ch">www.strafregister.admin.ch</a> )	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 selbstständiger Tätigkeit in einem oder mehreren anderen Kanton(en) / Staat(en): Berufsausübungsbewilligung(en) eines oder mehrerer anderer Kantone/Staaten	Kopie**
Bei früherer selbstständiger* Tätigkeit 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)**

\* Selbstständige Berufsausübung: Fachlich eigenverantwortliche Tätigkeit in eigenem Namen und auf eigene Rechnung oder im Namen und auf Rechnung eines Dritten (Anstellung bei Zahnärztin/Zahnarzt oder in AG/GmbH mit Betriebsbewilligung).

\*\* 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  
fachlich eigenverantwortliche Tätigkeit  
Tätigkeit unter fachlicher Verantwortung

2) Praxis Adresse, Ort  
von bis  
fachlich eigenverantwortliche Tätigkeit  
Tätigkeit unter fachlicher Verantwortung

3) Praxis Adresse, Ort  
von bis  
fachlich eigenverantwortliche Tätigkeit  
Tätigkeit unter fachlicher Verantwortung

4) Praxis Adresse, Ort  
von bis  
fachlich eigenverantwortliche Tätigkeit  
Tätigkeit unter fachlicher Verantwortung

5) Praxis Adresse, Ort  
von bis  
fachlich eigenverantwortliche Tätigkeit  
Tätigkeit unter fachlicher Verantwortung

6) Praxis Adresse, Ort  
von bis  
fachlich eigenverantwortliche Tätigkeit  
Tätigkeit unter fachlicher Verantwortung

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

Ort und Datum

Unterschrift