



Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion  
Amt für Gesundheit

# Anzeige der beabsichtigten Aufnahme einer zeitlich begrenzten selbstständigen zahnärztlichen Tätigkeit im Kanton Zürich (90-Tage-Dienstleistung)

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. Grund der Anzeige / der Mutation

Grund	Was ist auszufüllen?	Beilagen
Anzeige der zeitlich begrenzten selbstständigen Tätigkeit (90-Tage-Dienstleistung)	Vollständig ausgefülltes Gesuchsformular	Siehe Anhang 1
Erneuerung der Anzeige der zeitlich begrenzten selbstständigen Tätigkeit (90-Tage-Dienstleistung)	Ziffer 2.1 Personalien Ziffer 2.2 Hauptpraxis Ziffer 2.3 Wohnadresse Ziffer 3 Praxisdaten Ziffer 5 Unterschrift	Siehe Anhang 1 „Bei Erneuerung der Anzeige“ und „Nachweis der Berufspflichten“

## 2. Angaben zur Person

### 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 Ständige Praxisadresse in der Schweiz (Hauptpraxis)

Strasse

Postleitzahl/Ort/Land

Telefon/Telefax

E-Mail/Web

## 2.3 Wohnadresse

Strasse

Postleitzahl/Ort/Land

Telefon Privat

Telefon Mobil

E-Mail

## 2.4 Zahnarzt-Diplom

Ausstellende Stelle/Ort/Staat

Ausstellungsdatum

Diplomanerkennung: Stelle, Datum

## 2.5 Akademischer Titel (Doktorat o.ä.)

Bezeichnung

Ausstellende Stelle/Ort/Staat

Ausstellungsdatum

## 2.6 Fachzahnarztstitel

Fachrichtung

Kieferorthopädie

Orale Chirurgie

Parodontologie

Rekonstruktive  
Zahnmedizin

Ausstellende Stelle/Ort/Land

Ausstellungsdatum

## 2.7 Privatrechtliche und universitäre Weiterbildungstitel (WBA, Master u.a.)

Bezeichnung

Ausstellende Stelle/Ort/Land

Ausstellungsdatum

### 3. Angaben zum Ort der temporären selbstständigen Berufsausübung/Gastpraxis

3.1 Praxisadresse im Kanton Zürich

Strasse

Postleitzahl/Ort

Evtl. Praxiszusatzbezeichnung

Telefon/Telefax

E-Mail/Web

Verbindliches Datum  
der Arbeitsaufnahme

Vorgesehener klinischer  
Arbeitsumfang in %

Praxisgemeinschaft mit

### 4. 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

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

Ort und Datum

Unterschrift

## Anhang 1

Beilagen zur Anzeige der beabsichtigten Aufnahme einer zeitlich begrenzten selbstständigen zahnärztlichen Tätigkeit im Kanton Zürich (90-Tage-Dienstleistung)

Beilage	als
Eidgenössisches Zahnarztdiplom	Kopie
Ausländisches Zahnarztdiplom/Diplomzeugnis und Anerkennungsbestätigung des ausländischen Zahnarztdip- loms (Bundesamt für Gesundheit, MEBEKO, 3003 Bern, www.bag.admin.ch)	Kopie* Kopie
Diplome betreffend akademische Titel (z. B. Doktordiplom)	Amtlich beglaubigte Kopie*
Eidgenössischer Fachzahnarzttitlel	Kopie
Ausländischer Fachzahnarzttitlel und Anerkennungsbestätigung des ausländischen Weiterbil- dungstitels (Bundesamt für Gesundheit, MEBEKO, 3003 Bern, www.bag.admin.ch)	Kopie* Kopie
Privatrechtlicher oder universitärer Weiterbildungstitel	Amtlich beglaubigte Kopie*
Weiterbildungsausweis SSO	Kopie
Formular „Amtlich beglaubigte Unterschrift“	Amtlich beglaubigtes For- mular*
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 be- glaubigte 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 Gesundheits- behörde(n) (z.B. Landes-Regierungsamt, Landes- Gesundheitsamt)	Original, nicht älter als 3 Monate oder amtlich be- glaubigte 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.



Bei Erneuerung der Anzeige

Ein selbstständiges Weiterführen der Hauptpraxis ohne Bewilligungseinschränkung in einem anderen Kanton ist folgendermassen zu bestätigen:

Unbedenklichkeitserklärung (Certificate of Good Standing) der zuständigen kantonalen Gesundheitsdirektion

Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister (Bundesamt für Justiz, Schweizerisches Strafregister, Dienst für Private, Bundesrain 20, 3003 Bern; online unter [www.strafregister.admin.ch](http://www.strafregister.admin.ch) )

Nachweis der Berufspflichten

Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung mit Deckungszusage Kt. Zürich oder Nachweis einer gleichwertigen Sicherheit.

Nachweis von 50 Stunden fachbezogener Weiter- und Fortbildung pro Kalenderjahr in Form wissenschaftlicher und/oder praxisrelevanter Programmteile von Kongressen, Kursen, Vorlesungen, Seminare und ähnlicher Veranstaltungen. Die zusätzlich geforderten 30 Stunden Selbststudium sind nicht nachweispflichtig.

Die Berufspflicht umfasst eine Erreichbarkeit in Notfällen rund um die Uhr von 24h / 365d. Sie können diese Pflicht persönlich wahrnehmen, die Pflicht mit einem Praxispartner teilen oder sich einer Notfalldienstorganisation anschliessen, welche rund um die Uhr erreichbar ist.

Im Falle der persönlichen Wahrnehmung oder der gemeinsamen Wahrnehmung mit einem Praxispartner ist ein schriftliches Konzept einzureichen, wie Sie gegenüber Ihren Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich der Notfalldienstpflicht gerecht wurden; andernfalls genügt eine schriftliche Bestätigung einer Notfalldienstorganisation im Kanton Zürich, wonach Sie in deren Dienst eingebunden waren.

Original, nicht älter als 3 Monate oder amtlich beglaubigte Kopie(n)\*

Original, nicht älter als 3 Monate

Kopie der Policen oder schriftliche Bestätigung der Haftpflichtversicherung(en)

Zusammenfassende Liste samt Kopien der Originalzertifikate oder ersatzweise Bestätigung kalenderjahresweise durch Berufsverband SSO / ZGZ

Schriftliches Konzept oder schriftliche Bestätigung einer Notfalldienstorganisation im Kanton Zürich

\*\* 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