



Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion  
Amt für Gesundheit



# Gesuch um Zulassung als Leistungserbringer/in zulasten der OKP Zahnarzt/Zahnärztin

gültig ab 02/2022

Bewilligungen & Aufsicht  
Stampfenbachstrasse 30  
Postfach  
8090 Zürich

Die Voraussetzungen und Erläuterungen entnehmen Sie der Gesetzgebung:  
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/zulassung-leistungserbringern.html>

Das Gesuchsformular führt schrittweise durch alle hierfür notwendigen Angaben und Beilagen.  
Es ist vollständig ausgefüllt und mit allen erforderlichen Beilagen einzureichen.

## 1. Angaben zur Person

### 1.1 Personalien

Name

Frühere Name(n)

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

### 1.2 Wohnadresse

Strasse

Postleitzahl/Ort/Land

Telefon Privat

Telefon Mobil

E-Mail

## 2. Vorgesehene berufliche Tätigkeit

Vorgesehener Beginn	Beschäftigungsgrad (in %)	Standort (PLZ)



### 3. Zulassungskriterien

Sie weisen eine 3 - jährige Assistenzzeit (insgesamt 100%) in einer anerkannten **schweizerischen Weiterbildungsstätte** oder bei einer zur **OKP zugelassenen Zahnarztperson** nach:

Praxis / Institution	Pensum	Zeitraum (von/bis) dd/mm/yyyy	Adresse

**Beilage:** sämtliche relevante Zeugnisse

### 4. Qualitätskriterien

#### 1. Verfügen Sie über das erforderliche qualifizierte Personal\*, um Ihre Leistungen nach KVG erbringen zu können?

Nein: Begründung:

Ja:

Falls Sie mit Ja geantwortet haben, geben Sie bitte an, wie sich Ihr Personal zusammensetzt (Organigramm, Anzahl Beschäftigte und Vollzeitäquivalente pro Berufsgruppe; berufliche Qualifikationen, wie erlangte Diplome, EFZ, etc.

\* Das für die Leistungserbringung erforderliche Personal muss während der ganzen Dauer der Leistungserbringung in ausreichender Anzahl verfügbar und für die Leistungserbringung ausgebildet sein, damit die Qualität der Leistungserbringung sichergestellt werden kann. Beispielsweise muss das Personal für die vorgesehenen Behandlungen, allfälligen Medikamentenabgaben und -verabreichungen sowie allfällige, daraus erfolgende Notfälle eine entsprechende Qualifikation vorweisen. Insbesondere müssen Praxisassistent\*innen ohne EFZ eine Ausbildung in Hygiene vorweisen, wenn es im Rahmen von Eingriffen in der Praxis beigezogen wird. Personen, die Patientinnen und Patienten beraten (beispielsweise am Telefon bezüglich sofortiger oder späterer Behandlung etc.), müssen über eine entsprechende Ausbildung verfügen. (Quelle: Erläuternder Bericht zur Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung [KVV], S. 25).

#### 2. Verfügen Sie über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem?

(Siehe Merkblatt Qualitätssicherung)

Nein: Begründung:

Ja:

Falls Sie mit Ja geantwortet haben, beschreiben Sie bitte kurz die Prozesse und Strukturen Ihres Qualitätsmanagementsystems und nennen Sie seinen Namen, falls ein solcher existiert:



**3. Verfügen Sie über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem?** (z.B. protokollierte, regelmässige Teamsitzungen, Konzept interne Schulungen)

Nein: Begründung:

Ja:

Falls Sie mit Ja geantwortet haben, umschreiben Sie bitte kurz Ihr internes Berichts- und Lernsystem und nennen Sie seinen Namen, falls ein solcher existiert:

**4. Sind Sie einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen bzw. zur regelmässigen Prüfung von Rückrufen angeschlossen?** (z.B. Swissmedic: ELViS, Materiovigilance, Swissmedic-Newsletter für Rückrufe von Heilmitteln, circs = critical incident reporting system. etc.)

Nein: Begründung:

Ja

Falls Sie mit Ja geantwortet haben, nennen Sie bitte den Namen des Netzwerks:

**Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie neben der Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Art. 58g KVV auch die vertraglich festgelegten Regeln zur Qualitätsentwicklung nach Art. 58a Abs. 6 KVG befolgen müssen, sobald entweder ein entsprechender Qualitätsvertrag im Sinn von Art. 58a KVG abgeschlossen und vom Bundesrat genehmigt worden ist oder der Bundesrat – beim Fehlen eines Qualitätsvertrags – die entsprechenden Regeln festgelegt hat.**

**Als Leistungserbringer müssen Sie sich an die vertraglich festgelegten Regeln zur Qualitätsentwicklung halten, auch unabhängig von einer Verbandsmitgliedschaft.**

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

Ort und Datum:

Unterschrift:

---

Für Rückfragen:

---

gesundheitsberufe@gd.zh.ch