



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion



Gesuch um Bewilligung zur Berufsausübung als Zahnprothetiker/-in in eigener fachlicher Verantwortung

Stand März 2020

Kantonszahnärztlicher Dienst

Stampfenbachstrasse 30
Postfach
8090 Zürich
Telefon +41 43 259 24 21
kzd@gd.zh.ch
www.kantonszahnarzt.zh.ch

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

1. Grund des Gesuches/der Mutation

Grund	Was ist auszufüllen?	Beilagen
Erstmalige Erteilung der Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung im Kanton Zürich	Vollständig ausgefülltes Gesuchsformular	Sämtliche zutreffenden Unterlagen gemäss Anhang 1
Ordentliche Bewilligungserneuerung nach 10 Jahren	Ziffer 2.1 Personalien Ziffer 2.2 Wohnadresse Ziffer 3 Praxisdaten Ziffer 5 Unterschrift	Police Berufshaftpflichtversicherung der letzten 3 Jahre Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister: Privatauszug und Sonderprivatauszug (nicht älter als 3 Monate)
Bewilligungserneuerung bei Alter 70 plus (für 3 Jahre)	Ziffer 2.1 Personalien Ziffer 2.2 Wohnadresse Ziffer 3 Praxisdaten Ziffer 5 Unterschrift	Ärztliches Zeugnis betreffend Gesundheitszustand Police Berufshaftpflichtversicherung der letzten 3 Jahre Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister: Privatauszug und Sonderprivatauszug (nicht älter als 3 Monate)



2. Angaben zur Person

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 Zahnprothetik-Diplom

Ausstellende Stelle/Ort/Staat

Ausstellungsdatum

Diplomanerkennung: Stelle, Datum

3. Angaben zum Ort der Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung/Praxisdaten

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
oder Praxisübernahme von

3.2 Praxisadresse(n) in anderen Kantonen/im Ausland (teilzeitlich Tätige)

Strasse

Postleitzahl/Ort

Evtl. Praxiszusatzbezeichnung

Telefon/Telefax

E-Mail/Web

Beschäftigungsumfang in %

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. Bestätigung

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 als Zahnprothetiker/-in in eigener fachlicher Verantwortung

Beilage	als
Zürcherisches Diplom	Kopie
Ausserkantonales oder ausländisches Zahnprothetik-Diplom und Anerkennungsbestätigung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, Kantonszahnärztlicher Dienst (Stampfenbachstrasse 30, 8090 Zürich)	Kopie* Kopie
Handlungsfähigkeitszeugnis (bei Wohnsitz in CH)	Original, nicht älter als 3 Monate
Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister: Privatauszug und Sonderprivatauszug** (Bundesamt für Justiz, Schweizerisches Strafregister, Dienst für Private, Bundesrain 20, 3003 Bern; online unter www.strafregister.admin.ch)	Kopie, nicht älter als 3 Monate
Bei Zuzug aus dem Ausland: Erweiterte Führungszeugnisse oder Äquivalent der früherer Wohnsitz- oder Aufenthaltsstaaten (der letzten 10 Jahre)	Original, nicht älter als 3 Monate*
Vollständig ausgefülltes Formular über die bisherige berufliche Tätigkeit inklusive entsprechende Arbeitszeugnisse	Formular Anhang 2 Zeugnisse in Kopie*
Berufsausübungsbewilligung(en) eines oder mehrerer anderer Kantone/Staaten	Kopie(n)*
Bei früherer Tätigkeit 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 Gesundheitsbehörde(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.

** Nach Eingang Ihrer Gesuchsunterlagen werden wir Ihnen das von uns ausgefüllte/unterzeichnete Formular für die Bestellung des Sonderprivatauszuges zustellen.



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 Tätigkeit
Berufsausübung unter fachlicher Verantwortung

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

Ort und Datum

Unterschrift