



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion

Gesuch um Bewilligung einer Praxisvertretung in einer Zahnprothetikpraxis (Zahnprothetische Vertreterbewilligung)

Stand September 2015

Kantonszahnärztlicher Dienst
Stampfenbachstrasse 30
Postfach
8090 Zürich
Telefon +41 43 259 24 21
Fax +41 43 259 51 63
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. 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.

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

2.4 Vertretung

Verbindliche Angabe
der Vertretungsdauer

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.

4. 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



Anhang 1

Beilagen zum Gesuch um Bewilligung einer Praxisvertretung in einer Zahnprothetikpraxis (Zahnprothetische Vertreterbewilligung)

Beilage	als
Zürcherisches Diplom	Amtlich beglaubigte Kopie
Ausserkantonales oder ausländisches Zahnprothetik-Diplom und Anerkennungsbestätigung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, Kantonszahnärztlicher Dienst (Stampfenbachstrasse 30, 8090 Zürich)	Amtlich beglaubigte Kopie* Amtlich beglaubigte Kopie*
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 www.strafregister.admin.ch)	Original, nicht älter als 3 Monate
bei Zuzug aus dem Ausland: Strafregisterauszüge / Polizeiliches Führungszeugnis früherer Wohnsitz- oder Aufenthaltsstaaten (der letzten 10 Jahre)	Original, nicht älter als 3 Monate*
Vollständig ausgefülltes Formular über die bisherige berufliche Tätigkeit inklusive entsprechenden Arbeitszeugnissen Falls unselbstständige Tätigkeit nicht im Kanton Zürich: Berufsausübungsbewilligung der Medizinalperson, welche die fachliche Aufsichtspflicht über die jeweilige Stelle inne hatte.	Formular Anhang 2 Zeugnisse in Kopie Berufsausübungsbewilligung in Kopie
Berufsausübungsbewilligung(en) eines oder mehrerer anderer Kantone/Staaten	Amtlich beglaubigte Kopie(n)
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 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.



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