



**Abteilung**

**Gesundheitsberufe & Bewilligungen**

Stampfenbachstrasse 30

8090 Zürich

[bewilligungen@gd.zh.ch](mailto:bewilligungen@gd.zh.ch)

[www.zh.ch](http://www.zh.ch)

April 2021

## **Gesuch um Erteilung einer Betriebsbewilligung für eine Pflegeinstitution (Alters- und Pflegeheim, Pflegeheim, Pflegewohnung)**

Alters- und Pflegeheim

Pflegeheim

Pflegewohnung

### **1. Institution und Leitung**

#### **1.1 Trägerschaft**

Name Trägerschaft: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Rechtsform: \_\_\_\_\_

#### **1.2 Pflegeinstitution**

Name Institution: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

#### **1.3 Gesamtverantwortliche Leitung (Verwaltung)**

Name: \_\_\_\_\_

#### **1.4 Verantwortliche Leitung Pflege**

Name: \_\_\_\_\_

#### **1.5 Verantwortliche ärztliche Leitung (Heimärztin/-arzt)**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

## 2. Einrichtung

### 2.1 Plätze

Total Anzahl Pflegeplätze(-betten): \_\_\_\_\_

	mit Dusche/ WC/Lavabo	mit WC/Lavabo	nur mit Lavabo im Zimmer	ohne fliessend Wasser im Zi.
davon in Einzelzimmern				
davon in Zweierzimmern				
davon in Dreierzimmern				

### 2.2 Stockwerke

Befinden sich die Zimmer auf mehr als einem Stockwerk? Ja  Nein

Wenn «Ja», ist ein Betten-/Bahrenlift vorhanden? Ja  Nein

Ist ein Personenlift vorhanden? (Massangabe) \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> Ja  Nein

### 2.3 Rollstuhlgängigkeit

Sind die Zugänge im Bewohnerbereich behindertengerecht? Ja  Nein

Sind die Eingänge zum Haus behindertengerecht? Ja  Nein

### 2.4 Sanitäre Einrichtungen ausserhalb der Bewohnerzimmer

	Anzahl	davon behindertengerecht
WC		
Dusche		
Pflegebad		

Ist auf jedem Pflegestockwerk ein Ausgussraum mit einem Steckbeckenapparat vorhanden? Ja  Nein

### 2.5 Sicherheit

Brandmeldeanlage Ja  Nein

Patientenrufanlage Ja  Nein

Besteht jederzeit freier Zugang für Sanität/Feuerwehr? Ja  Nein

### 2.6 Stationszimmer / Medikamentenschrank

Steht pro Pflegeabteilung ein Raum (Stationszimmer) mit abschliessbarem Medikamentenschrank zur Verfügung? Ja  Nein

Ist jeder dieser Räume mit einem Lavabo ausgestattet? Ja  Nein

### 2.7 Hilfsmittel

Welche Hilfsmittel stehen den Bewohnerinnen und Bewohner zum Gebrauch oder für ihre Pflege und Betreuung zur Verfügung (z.B. Rollstuhl, Bettgitter, Badelift, Sauerstoffeinrichtung, Absauggerät, Ambubeutel)?

---



---



---

## 3. Personal

### 3.1 Pflegepersonal<sup>1</sup>

<b>Funktion bzw. Qualifikationsstufe<sup>1</sup></b>	<b>Anzahl Vollzeit-Stellen (in Dezimalzahl)</b>	<b>Anzahl Personen</b>
Verantwortliche Leitung Pflege		
Diplomiertes Pflegefachpersonal		
Berufsfachpersonal		
Assistenzpersonal		
Hilfspersonal		
Total		

<sup>1</sup>siehe Anhang im Merkblatt hinsichtlich der Zuordnung

### 3.2 Übriges Personal

<b>Funktion</b>	<b>Anzahl Vollzeit-Stellen (in Dezimalzahl)</b>	<b>Anzahl Personen</b>
Gesamtverantwortliche Leitung (Verwaltung)		
Administration		
Betreuung und Therapie (Aktivierung und weitere)		
Hotellerie / Gastronomie		
Technischer Dienst / Sicherheitsbeauftragter (SIBE)		

## 4. Medizinische Betreuung/Behandlung

### 4.1 Arztwahl

Besteht freie Arztwahl?

Ja  Nein

Besteht eine Reglementierung zur Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen/-ärzten?

Ja  Nein

## 5. Andere Dienstleistungen

### 5.1 Therapien

Welche Therapien können den Bewohnerinnen und Bewohnern angeboten werden?

---



---

### 5.2 Spezialverpflegung

Welche verordnete Spezialverpflegung (Diät) kann angeboten werden?

---



---



## 6. Qualitätssicherung und -förderungsprogramme

Beteiligt sich die Institution an Qualitätssicherungs- und -förderungsprogrammen?

Ja  Nein

Wenn ja, bei welcher Firma?

---

## 7. Kontakt mit Standortgemeinde

Erfolgte bei der Projektierung der neuen Institution bzw. der Erweiterung eine Kontaktaufnahme mit der Standortgemeinde?

Ja  Nein

## 8. Bemerkungen

---

---

---

---

---

## 9. Beilagen (siehe Kapitel 7 Merkblatt)

### Trägerschaft:

- Handelsregistrauszug der Trägerschaft, amtlich beglaubigt im Original, nicht älter als drei Monate (eine Kopie oder ein Internet-Auszug genügt nicht). Im Falle der direkten Trägerschaft einer Gemeinde bzw. eines Gemeindezweckverbandes wird darauf verzichtet.
- Betreibungsregistrauszug der Trägerschaft (amtlich beglaubigt im Original, nicht älter als drei Monate); bei Neugründung einer juristischen Person stattdessen je ein Betreibungsregistrauszug der Inhaberschaft (z.B. Aktionäre). Im Falle der direkten Trägerschaft einer Gemeinde bzw. eines Gemeindezweckverbandes wird darauf verzichtet.
- Nachweis Betriebshaftpflichtversicherung (Kopie der Versicherungspolice, inkl. AVB und BVB) oder andere gleichwertige Sicherheiten, entsprechend der mit der Tätigkeit verbundenen Risiken (minimale Deckungssumme von Fr. 5 Mio. vorausgesetzt)

### Infrastruktur:

- Plan der Räumlichkeiten der Institution mit Beschriftung der einzelnen Funktionsräume im Massstab 1:100
- Abnahmeprotokoll der Feuerpolizei

### Konzepte:

Die Konzepte müssen betriebsspezifisch und nachvollziehbar sein und konkrete Angaben zu den einzelnen Themen gemäss Vorgaben unter Ziffer 7 «Merkblatt für die Erteilung einer Betriebsbewilligung für eine Pflegeinstitution» machen.



- Betriebskonzept
- Organigramm, zum Nachweis einer zweckmässigen Führungsorganisation
- Pflege- und Betreuungskonzepte, die alle für das Leistungsangebot relevanten Themen abdecken (z.B. Bezugspflege, Demenzkonzept, Umgang mit Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit, palliative Pflege, Inkontinenz).
- Hygienekonzept, das den allgemein anerkannten und aktuell gültigen fachlichen Standards entspricht und alle für die Pflegeinstitution relevanten Themen abdeckt
- Notfallkonzept (pflegerisch/medizinisch)
- Sicherheitskonzept (Medikamentenbewirtschaftung, Umgang mit unvorhersehbaren Situationen bzw. aussergewöhnlichen Todesfällen, Verhalten im Brandfall, Suizidprävention, Vorgehen bei Pandemien usw.)

### **Personal:**

#### **für die gesamtverantwortliche Leitung**

- aktueller Privatauszug aus dem Zentralstrafregister (Original, nicht älter als drei Monate). Falls er in elektronischer Form bestellt wurde, müssen Sie diesen in Fotokopie beilegen und zur Durchführung der Validierung zusätzlich im Pdf-Format inkl. Zugangscode an [bewilligungen@gd.zh.ch](mailto:bewilligungen@gd.zh.ch) senden.
- datierte und unterzeichnete schriftliche Erklärung der Verantwortungsübernahme gemäss Anhang I

#### **für die verantwortliche Leitung Pflege**

- aktueller Privatauszug aus dem Zentralstrafregister (Original, nicht älter als drei Monate). Falls er in elektronischer Form bestellt wurde, müssen Sie diesen in Fotokopie beilegen und zur Durchführung der Validierung zusätzlich im Pdf-Format inkl. Zugangscode an [bewilligungen@gd.zh.ch](mailto:bewilligungen@gd.zh.ch) senden.
- Kopie des Ausbildungsabschlusses als diplomierte Pflegefachperson FH / HF und bei einem ausländischen Ausbildungsabschluss die eidgenössische Anerkennungsbescheinigung (SRK)
- datierte und unterzeichnete schriftliche Erklärung der Verantwortungsübernahme gemäss Anhang II

#### **für die verantwortliche ärztliche Leitung (Heimärztin/-arzt)**

→ muss zwingend über eine Bewilligung zur fachlich eigenverantwortlichen Tätigkeit (Berufsausübungsbewilligung) im Kanton Zürich verfügen

- datierte und unterzeichnete schriftliche Erklärung der Verantwortungsübernahme gemäss Anhang III

Ort und Datum:

Unterschrift Gesuchsteller/-in:

---

---

**Das Gesuch ist mit vollständigen Angaben und Beilagen gemäss Merkblatt einzureichen.**



## **Anhang I:**

### **Erklärung Verantwortungsübernahme**

#### **1) Gesamtverantwortliche Leitung (Verwaltung)**

Hiermit bestätige ich,

---

die gesamtverantwortliche Leitung für die nachfolgende Pflegeinstitution

---

im Sinne von § 36 Abs. 1 lit. c GesG zu übernehmen, und die mit dieser Funktion einhergehende betriebliche Verantwortung in Bezug auf die fachgerechte Unterbringung, Pflege und Betreuung sowie Behandlung der Bewohnenden und der Sorge für die Einhaltung der Auflagen der Betriebsbewilligung sowie der gesetzlichen Bestimmungen wahrzunehmen.

Ort / Datum:

Unterschrift:

---

---



## **Anhang II:**

### **Erklärung Verantwortungsübernahme**

#### **2) Verantwortliche Leitung Pflege**

Hiermit bestätige ich,

\_\_\_\_\_

die verantwortliche Leitung für die Pflege in der nachfolgenden Pflegeinstitution

\_\_\_\_\_

zu übernehmen, und die mit dieser Funktion einhergehende Verantwortung in Bezug auf die fachgerechte Pflege und Betreuung sowie Behandlung der Bewohnenden und der Sorge für die Einhaltung der Auflagen der Betriebsbewilligung sowie der gesetzlichen Bestimmungen. wahrzunehmen.

Ort / Datum:

Unterschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Anhang III:

### Erklärung Verantwortungsübernahme

#### 3) Ärztliche Leitung (Heimärztin/-arzt)

Hiermit bestätige ich (Name und Praxisadresse),

---

---

---

die ärztliche Leitung (Heimärztin/-arzt) für die nachfolgende Pflegeinstitution

---

im Sinne von § 36 Abs. 1 lit. d GesG zu übernehmen, und die mit dieser Funktion einhergehende medizinische Verantwortung für die medizinischen Belange (Sicherstellung der ärztlichen Versorgung, der Organisation des Notfalldienstes, der Einhaltung der Hygienevorschriften, der sorgfältigen Medikamentenbewirtschaftung usw.) und der Sorge für die Einhaltung der Auflagen der Betriebsbewilligung sowie der gesetzlichen Bestimmungen wahrzunehmen.

Ort / Datum:

Unterschrift:

---

---