



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Geschäftsfeld Medizin / Bewilligungen

Stampfenbachstrasse 30
8090 Zürich
Telefon +41 43 259 24 63
Fax +41 43 259 51 51
lilian.blumer@gd.zh.ch
www.gd.zh.ch

Januar 2018

Gesuch um Erteilung einer

Betriebsbewilligung für einen Rettungsdienst Kat. A - D*)

- *) frühestens erhältlich mit Wirkung ab 1. Juli 2018
(ab Inkrafttreten der Verordnung über das Rettungswesen)

| 1. Trägerschaft (juristische Person) des Rettungsdienstes | |
|---|---|
| Name / Firma | |
| Rechtsform | |
| Strasse | |
| PLZ / Ort | |
| Telefon | |
| Telefax | |
| E-Mail | |
| Webadresse | |
| Ausserkantonale Betriebsbewilligung | <input type="checkbox"/> Ja: Bitte in Kopie beilegen mit einer Unbedenklichkeitserklärung (letter of good standing) der zuständigen Aufsichtsbehörde im Original <input type="checkbox"/> Nein |

| 2. Name und Standort (bei mehreren Standorten: bitte auf Zusatzblatt alle Standorte einzeln aufführen) | |
|--|--|
| Name / Bezeichnung | |
| Strasse | |
| PLZ / Ort | |
| Telefon | |
| Telefax | |
| E-Mail | |
| Webadresse | |
| Inbetriebnahme geplant per | |

| | |
|---|--|
| Neonatalogie- bzw. Isoletten-transporte geplant | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|---|--|

| | |
|--|--|
| 3. Gesamtverantwortliche (operative) Leitung | |
| Name, Vorname, Titel | |
| Ausbildung (dipl. Rettungssanitäter/-in HF als Mindestvoraussetzung) | |
| Geschäftsadresse | |
| PLZ / Ort | |
| Telefon | |
| Telefax | |
| E-Mail | |

| | |
|--|---|
| 4. Verantwortliche ärztliche Leitung | |
| Name, Vorname, Titel | |
| Facharzttitel | |
| Fähigkeitsausweis SGNOR (muss zwingend vorliegen) | <input type="checkbox"/> Ja |
| Berufsausübungsbewilligung des Kantons Zürich (muss zwingend vorliegen) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> beantragt (separates Gesuch erforderlich) |
| Beschäftigungsgrad | |
| Geschäftsadresse | |
| PLZ / Ort | |
| Telefon | |
| Telefax | |
| E-Mail | |

5. Beilagen zum Gesuch

- A. Trägerschaft
- Handelsregisterauszug der Trägerschaft (amtlich beglaubigt im Original, nicht älter als drei Monate; eine Kopie oder ein Internet-Auszug genügt nicht)
 - Betreibungsregisterauszug der Trägerschaft (amtlich beglaubigt im Original, nicht älter als drei Monate); bei Neugründung einer juristischen Person stattdessen je ein Betreibungsregisterauszug der Inhaberschaft (Aktionäre), die gleichzeitig Verwaltungsratsmitglieder und/oder Geschäftsleitungsmitglieder sind
 - 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)
- B. Betrieb
- Betriebshandbuch (in Kopie) gemäss den Vorgaben der Verordnung über das Rettungswesen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (vgl. Projekt Optimierung Rettungswesen im Kanton Zürich, Anforderungen an die Rettungs- und Verlegungsdienste Version 2.0, April 2017).
 - Im Falle der Durchführung von Neonatologie- bzw. Isolettentransporten: Schriftliche Vereinbarung (in Kopie), sofern eine Auftragsvereinbarung mit einem Spital oder einer Kinderklinik besteht
- C. Infrastruktur
- Plan der Räumlichkeiten des Betriebsstandortes mit Beschriftung der einzelnen Funktionsräume (wenn möglich Massstab 1:50) und Auflistung der vorhandenen medizinischen Infrastruktur (ev. unter Beilage von Fotos)
 - Liste der Rettungsmittel (Rettungswagen RTW, Notarzteinsatzfahrzeug NEF) und/oder der Luftrettungsmittel (Rettungshubschrauber RTH, Intensivtransporthubschrauber ITH, Ambulanzflugzeuge zur Auslandsrückholung) mit Ausführungen zur medizinischen Ausstattung (Rettungsmaterial) und zu den Endgeräten für die mobile Datenkommunikation der Rettungsmittel, inklusive Beilage der Fahrzeugausweise für die bodengebundenen Rettungsmittel des Strassenverkehrsamtes (in Kopie) und Auflistung der HB-Registrierungen (Kennzeichen) der Luftrettungsmittel zwecks Überprüfung im Luftfahrzeugregister.
 - Im Falle der Durchführung von Neonatologie- bzw. Isolettentransporten: Nachweis der erforderlichen Fahrzeuginfrastruktur, d.h. Transportinkubator (befestigt nach best-practice-standards), bspw. mittels Fahrzeugausweis in Kopie und/oder Foto
- D. Personal
- Organigramm zum Nachweis einer zweckmässigen Führungsorganisation, aus welchem die Aufsichts- und Weisungsbefugnisse hervorgehen
 - Stellenplan (Anzahl Stellen nach Funktionen, mit Beschäftigungsgrad)

- D.1 für die gesamtverantwortliche (operative) Leitung
- aktueller Privatauszug aus dem Zentralstrafregister (Original, nicht älter als drei Monate)
 - Sofern nicht im Nationalen Register der Gesundheitsberufe NAREG eingetragen: eidg. Diplom Rettungssanitäter/-in HF im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie und
 - im Falle eines ausländischen Abschlusses:
Diplom/Fachausweis in Kopie und Anerkennungsbestätigung des Schweizerischen Roten Kreuzes im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie
 - datierte und unterzeichnete schriftliche Erklärung der Verantwortungsübernahme gemäss Anhang
- D.2 für die ärztliche Leitung
- aktueller Privatauszug aus dem Zentralstrafregister (Original, nicht älter als drei Monate)
 - Sofern noch nicht erteilt: Gesuch um Erteilung der Berufsausübungsbewilligung als Ärztin oder Arzt für den Kanton Zürich (mit separatem Formular), inklusive der verlangten Beilagen
 - Fähigkeitsausweis Notarzt SGNOR im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie
 - datierte und unterzeichnete schriftliche Erklärung der Verantwortungsübernahme gemäss Anhang
- D.3 für das Personal
- Pro Fachperson Rettungssanitäter/-in HF und sofern nicht im Nationalen Register der Gesundheitsberufe NAREG eingetragen: Diplom in Kopie
 - Im Falle eines ausländischen Abschlusses:
zusätzlich Anerkennungsbestätigung des Schweizerischen Roten Kreuzes in Kopie
 - Für Fahrzeugführer: Nachweis zur Berechtigung der gewerbmässigen Führung von Personenfahrzeugen in Kopie

Ort und Datum:

Unterschrift Gesuchsteller/in:

ANHANG: Erklärungen Verantwortungsübernahme

1) Gesamtverantwortliche (operative) Leitung

Hiermit bestätige ich

die betriebliche/operative Leitung für den nachfolgenden Rettungsdienst

im Sinne von § 36 Abs. 1 lit. c GesG und Verordnung über das Rettungswesen zu übernehmen und die mit dieser Funktion einhergehende betriebliche Verantwortung wahrzunehmen, unter Gewährleistung der medizinischen Unabhängigkeit der ärztlichen Leitung.

Ort / Datum:

Unterschrift:

2) Ärztliche Leitung

Hiermit bestätige ich _____, die ärztliche Leitung für den nachfolgenden Rettungsdienst _____ im Sinne von § 36 Abs. 1 lit. d GesG zu übernehmen und die mit dieser Funktion einhergehende medizinische Verantwortung und Aufsicht unter Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit wahrzunehmen, insbesondere für

- die ärztlich delegierten Massnahmen
- das Hygienemanagement
- die korrekte Führung und Aufbewahrung der Patientendokumentationen, inklusive Sicherstellung des Datenschutzes und der Datensicherheit sowie der Zugänglichkeit für die Patientinnen und Patienten (auch über eine allfällige Betriebsauflösung hinaus)
- die Einhaltung der gesundheitspolizeilichen Vorschriften
- die Gewährleistung der Qualität der Leistungserbringung.

Ort / Datum:

Unterschrift:
