



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion



Ärztin / Arzt

Antrag zur Bewilligung einer Praxisvertretung in einer Arztpraxis

Kantonsärztlicher Dienst
Stampfenbachstrasse 30
Postfach
8090 Zürich
Telefon +41 43 259 24 09
Fax +41 43 259 51 51
kantonsarzt.sekretariat@gd.zh.ch
www.gd.zh.ch

Erläuterungen zum vorliegenden Gesuchformular entnehmen Sie bitte dem Merkblatt

⇒ Bitte Zutreffendes ankreuzen

1. Antragsteller(in)

Praxisinhaberin / -inhaber
(oder Erben)

Praxisstempel /

Name

Vorname

Praxisadresse

Telefon

2. Angaben zur klinischen Tätigkeit der Vertreterin / des Vertreters

Zeitdauer (von bis):

Militärdienst

Ferien

Weiterbildung

Tod

Grund für Vertretung

andere, was?

3. Praxisvertreterin / Praxisvertreter

3.1 Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

m / w

Staatsangehörigkeit

Bürgerort(e)/Kanton

(bei Ausländern:
Geburtsort/-land)

Geburtsname

AHV-Nummer



3.2 Wohnadresse

Strasse

Postleitzahl/Ort/Land

Telefon Privat

Telefon Mobil

E-Mail

4. Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit der Vertreterin / des Vertreters

1. War die/der Praxisvertreterin/Praxisvertreter bereits mit einer Bewilligung der selbstständigen Berufsausübung in einem anderen Kanton/Staat tätig? Falls ja wo? (genaue Adresse) Ja Nein

2. War die/der Praxisvertreterin/Praxisvertreter bereits als Vertreterin/Vertreter oder Assistentin/Assistent im Kanton Zürich tätig? Falls ja zuletzt bei (Arzt und/oder Institution und genaue Adresse) Ja Nein

5. Der/die Antragsteller(in) bestätigt, dieses Formular vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum:

Unterschrift:

6. Der/die Vertreter(in) bestätigt, dieses Formular vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum:

Unterschrift



Anhang 1

Beilagen zum Gesuch Praxisvertretung

Bei erstmaliger Vertretung im Kanton Zürich müssen folgende Beilagen mit dem Gesuch eingereicht werden:

zwingend:

- Eidgenössisches Arztdiplom Kopie
- Ausländisches Arztdiplom und zusätzlich Kopie
 - Anerkennungsbestätigung des ausländischen Arztdiploms (Medizinalberufekommission, Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern, www.admin.ch/bag) Kopie

zwingend bei Vertretung von mehr als zwei Wochen als Nachweis der praktischen Weiterbildung (nach Krankenversicherungsgesetzgebung mind. drei Jahre):

- Vollständig ausgefülltes Formular über die bisherige berufliche Tätigkeit samt entsprechenden Arbeitszeugnissen Formular Anhang 2
Zeugnisse in Kopie
- Eidgenössischer Facharztstitel Kopie **
- Ausländischer Facharztstitel und zusätzlich Kopie **
 - Anerkennungsbestätigung des ausländischen Weiterbildungstitels (Medizinalberufekommission, Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern, www.admin.ch/bag)

Falls vorhanden:

- Doktordiplom / Akademisches Diplom amtlich beglaubigte Kopie des Originals*

* bei ausländischen, nicht in deutscher Sprache abgefassten Diplomen ist zusätzlich eine amtlich beglaubigte Übersetzung in die deutsche Sprache nötig

** falls der Vertreter / die Vertreterin im Besitz eines eidgenössischen oder eidgenössisch anerkannten Facharztstitels ist, müssen keine Zeugniskopien eingereicht werden



Anhang 2

Formular bisherige berufliche Tätigkeit

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

1) Arbeitgeber _____

von _____ bis _____

Funktion _____

2) Arbeitgeber _____

von _____ bis _____

Funktion _____

3) Arbeitgeber _____

von _____ bis _____

Funktion _____

4) Arbeitgeber _____

von _____ bis _____

Funktion _____

5) Arbeitgeber _____

von _____ bis _____

Funktion _____

6) Arbeitgeber _____

von _____ bis _____

Funktion _____

7) Arbeitgeber _____

von _____ bis _____

Funktion _____

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

Ort und Datum:

Unterschrift