



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](http://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](http://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