



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion



Osteopathie

Gesuch um Bewilligung zur fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübung

Januar 2020

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich
Gesundheitsberufe & Bewilligungen
Stampfenbachstrasse 30
8090 Zürich
Telefon +41 43 259 24 09
medizin@gd.zh.ch
www.gd.zh.ch

Erläuterungen zur Gesuchseinreichung entnehmen Sie bitte dem «Merkblatt Bewilligung für fachlich eigenverantwortliche Berufsausübung Osteopathie».

1. Grund des Gesuchs / der Mutation

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

		Was ist auszufüllen?	Beilagen
<input type="checkbox"/>	Erstmalige Bewilligungserteilung zur fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübung im Kanton Zürich	- Vollständig ausgefülltes Gesuchsformular	- Sämtliche zutreffenden Unterlagen gemäss Anhang 1
<input type="checkbox"/>	Ordentliche Bewilligungserneuerung nach 10 Jahren	- Ziffer 2.1 Personalien - Ziffer 2.2 Wohnadresse - Ziffer 3 Angaben zur Berufstätigkeit - Ziffer 5 Unterschrift	
<input type="checkbox"/>	Bewilligungserneuerung bei Alter 70 plus (für 3 Jahre)	- Ziffer 2.1 Personalien - Ziffer 2.2 Wohnadresse - Ziffer 3 Angaben zur Berufstätigkeit - Ziffer 5 Unterschrift	- ärztliches Zeugnis im Original; Zeugnisformular kann unter medizin@gd.zh.ch bestellt werden.
<input type="checkbox"/>	Änderung der persönlichen Angaben (Name, Bürgerort, Staatsangehörigkeit)	- Ziffer 2.1 Personalien - Ziffer 5 Unterschrift	- Kopie Dokument, welches die Änderungen (Name, Bürgerort, Staatsangehörigkeit) belegt
<input type="checkbox"/>	Änderung der Praxis- oder Wohnadresse	- Ziffer 2.1 Personalien - Ziffer 2.2 resp. 3 - Ziffer 5 Unterschrift	



2. Angaben zur Person

2.1 Personalien

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m / w

Staatsangehörigkeit _____

Bürgerort(e)/Kanton
(bei Ausländern: Geburtsort/-land) _____

Geburtsname _____

AHV-Nr. _____

2.2 Wohnadresse

Strasse _____

Postleitzahl/Ort/Land _____

Telefon Privat _____

Telefon Mobil _____

E-Mail _____

2.3 Berufsdiplom

Ausstellende Stelle/Ort/Staat _____

Ausstellungsdatum _____

3. Angaben zur selbstständigen Berufsaus- übung / Praxisdaten

Ort der geplanten Tätigkeit im Kanton Zürich

Strasse _____

Postleitzahl/Ort _____

Zusatzbezeichnung _____

Telefon _____

E-Mail _____

Verbindliches Datum der Tätigkeitsaufnahme _____

Praxisübernahme von _____

Praxisgemeinschaft mit _____

Selbstständige Berufstätigkeit oder Leiter/-in einer Organisation der Osteopathie



4. Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

Frühere selbstständige Berufstätigkeit als Osteopathin / Osteopath?

Ja Nein

Wenn ja, wann und wo?

Verfügen Sie schon über eine Berufsausübungsbewilligung in einem oder mehreren anderen Kanton(en) / Staat(en)?

Ja Nein

Laufen gegen Sie aufsichtsrechtliche Verfahren, Haftpflicht- oder Zivilverfahren mit Bezug auf die berufliche Tätigkeit oder Strafverfahren?

→ Wenn ja, benötigen wir zwingend eine schriftliche Begründung unter Beilage der Akten!

Ja Nein

5. Bestätigung

Die oder der Unterzeichnende bestätigt, das Gesuch vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum:

Unterschrift:

Anhang 1: Beilagen zum Gesuch

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Berufsdiplom (Master of Science Osteopathie oder interkantonales Diplom der Gesundheitsdirektorenkonferenz in Osteopathie) | amtlich beglaubigte Kopie* |
| <input type="checkbox"/> bei ausländischem Abschluss Gleichwertigkeitsanerkennung des SRK | amtlich beglaubigte Kopie* |
| <input type="checkbox"/> Vollständig ausgefülltes Formular über die bisherige berufliche Tätigkeit samt entsprechenden Arbeitszeugnissen | Formular Anhang 2
Zeugnisse in Kopie |
| <input type="checkbox"/> Handlungsfähigkeitszeugnis* (bei Wohnsitz in CH) | Original, nicht älter als 3 Monate |
| Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister: | |
| <input type="checkbox"/> Privatauszug** | Original, nicht älter als 3 Monate |
| <input type="checkbox"/> Sonderprivatauszug*** | Original, nicht älter als 3 Monate |
| (Schweizerisches Strafregister, Dienst für Auszüge an Privatpersonen, Bundesrain 20, 3003 Bern; online unter https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/strafregister_de) | |
| Bei Zuzug aus dem Ausland: | |
| <input type="checkbox"/> Strafregisterauszüge früherer Wohnsitz- oder Aufenthaltsstaaten (der letzten 10 Jahre) | Original, nicht älter als 3 Monate |
| Bei früherer selbstständiger Tätigkeit in einem oder mehreren anderen Kanton(en) / Staat(en): | |
| <input type="checkbox"/> Berufsausübungsbewilligung(en) eines oder mehrerer anderer Kantone/Staaten | Kopie |
| <input type="checkbox"/> Unbedenklichkeitserklärung (Certificate of Good Standing) der zuständigen Gesundheitsbehörde(n) | Original oder amtlich beglaubigte Kopie |

* Bei Vorlage einer gültigen Berufsausübungsbewilligung und einer aktuellen Unbedenklichkeitserklärung (Certificate of Good Standing) kann auf die Einreichung eines Handlungsfähigkeitszeugnisses verzichtet werden, das Berufsdiplom und/oder ein allfälliger Anerkennungsausweis des SRK müssen dann nur in einfacher Kopie eingereicht werden.

**Falls Sie den Strafregisterauszug (Privatauszug) in elektronischer Form bestellt haben, müssen Sie uns diesen in Fotokopie und zur Durchführung der Validierung zusätzlich im pdf-Format inkl. Zugangscode an die Email-Adresse medizin@gd.zh.ch einreichen.

***Nach Eingang Ihrer Gesuchsunterlagen, werden wir Ihnen das von uns ausgefüllte/unterzeichnete Formular für die Bestellung des Sonderprivatauszugs zustellen. Falls Sie diesen in elektronischer Form bestellt haben, müssen Sie uns diesen in Fotokopie und zur Durchführung der Validierung zusätzlich im pdf-Format inkl. Zugangscode an die Email-Adresse medizin@gd.zh.ch einreichen.



Anhang 2

Bisherige berufliche Tätigkeit (selbstständige und unselbstständige Tätigkeit)

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

1) Arbeitgeber _____

VON (Monat/Jahr) _____ bis (Monat/Jahr) _____ Tätigkeit in % _____

Funktion _____

2) Arbeitgeber _____

VON (Monat/Jahr) _____ bis (Monat/Jahr) _____ Tätigkeit in % _____

Funktion _____

3) Arbeitgeber _____

VON (Monat/Jahr) _____ bis (Monat/Jahr) _____ Tätigkeit in % _____

Funktion _____

4) Arbeitgeber _____

VON (Monat/Jahr) _____ bis (Monat/Jahr) _____ Tätigkeit in % _____

Funktion _____

5) Arbeitgeber _____

VON (Monat/Jahr) _____ bis (Monat/Jahr) _____ Tätigkeit in % _____

Funktion _____

6) Arbeitgeber _____

VON (Monat/Jahr) _____ bis (Monat/Jahr) _____ Tätigkeit in % _____

Funktion _____

7) Arbeitgeber _____

VON (Monat/Jahr) _____ bis (Monat/Jahr) _____ Tätigkeit in % _____

Funktion _____

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

Ort und Datum:

Unterschrift:
