



Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion  
Amt für Gesundheit



## Nichtärztliche Alternativ- und Komplementär- medizin

### Gesuch um Bewilligung der Führung eines Titels der Alternativ- oder Komplementärmedizin bei Ausübung einer selbstständigen Tätigkeit

Juli 2022

#### Bewilligungen **& Aufsicht**

Stampfenbachstrasse 30

8090 Zürich

Telefon +41 43 259 24 09

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

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

Wer unter einem eidgenössisch anerkannten Diplom der Komplementärmedizin, d. h. als „Naturheilpraktikerin oder -praktiker mit eidgenössischem Diplom in Ayurveda-Medizin, Homöopathie, Traditioneller Chinesischer Medizin TCM oder Traditioneller Europäischer Naturheilkunde TEN“, oder als „Komplementär-Therapeutin oder -therapeut mit eidgenössischem Diplom“ im Kanton Zürich selbstständig tätig werden möchte, benötigt eine Bewilligung zur Titelführung des zuständigen Amtes der Gesundheitsdirektion. Ebenso benötigt eine Bewilligung, wer unter einem Diplom der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren als Osteopathin oder Osteopath GDK oder als Inhaberin oder Inhaber einer Urkunde der SPAK für Phytotherapie tätig werden möchte.

Das Gesuch ist mit dem vollständig ausgefüllten Formular und den aufgeführten Beilagen bei der oben genannten Adresse einzureichen. Weitere Informationen zur Titelführung in der Alternativ- und Komplementärmedizin entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Nichtärztliche Alternativ- und Komplementärmedizin im Kanton Zürich“ ([www.gd.zh.ch](http://www.gd.zh.ch)). Wir bitten Sie, dieses Merkblatt vor Gesuchseinreichung genau zu lesen. Sie finden dort auch die Fund-stelle der massgebenden rechtlichen Grundlagen.

## 1. Angaben zur Person

### 1.1 Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht m  / w

Staatsangehörigkeit

Bürgerort(e)/Kanton

(bei Ausländern: Geburtsort/-land)

Geburtsname

AHV-Nr.

1.2 Wohnadresse

Strasse \_\_\_\_\_  
Postleitzahl/Ort/Land \_\_\_\_\_  
Telefon Privat \_\_\_\_\_  
Telefon Mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

1.3 Bezeichnung des Titels:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum Titelerwerb \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zur selbstständigen Berufsausübung / Praxisdaten

Praxisadresse im Kanton Zürich

Strasse \_\_\_\_\_  
Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_  
Ev. Praxiszusatzbezeichnung \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Telefax \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Datum der Praxiseröffnung \_\_\_\_\_  
Praxisgemeinschaft mit \_\_\_\_\_

## 3. Bestätigung

Ort und Datum:

Unterschrift:

.....

.....

## Beilagen

- Titelerkunde (eidg. Diplom oder Verbandsdiplom) amtlich beglaubigte Kopie
- Privatauszug aus dem Schweizerischen Strafregister (Schweizerisches Strafregister, Dienst für Auszüge an Privatpersonen, Bundesrain 20, 3003 Bern; online unter [www.bj.admin.ch](http://www.bj.admin.ch) )\*\* Original, nicht älter als 3 Monate
  - bei Zuzug aus dem Ausland innert den letzten 5 Jahren:  
Strafregisterauszug des früheren Wohnsitz- oder Aufenthaltsstaates Original, nicht älter als 3 Monate

\*\*Falls Sie den Strafregisterauszug 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 [gesundheitsberufe@gd.zh.ch](mailto:gesundheitsberufe@gd.zh.ch) einreichen.