



Tätigkeit als Medizinalperson: Gesuch betreffend tierärztlicher Vertretung

Nach § 8 des kantonalen Gesundheitsgesetzes vom 2. April 2007 (GesG) müssen selbstständig tätige Tierärzte/Tierärztinnen zur Vertretung eine Bewilligung einholen. Zudem finden die §§ 4, 28 lit. d und 29 Abs. 1 lit. b der kantonalen Verordnung über die universitären Medizinalberufe vom 28. Mai 2008 Anwendung.

Zu beachten: Seit dem 20. Januar 2016 braucht es keine Vertreterbewilligung, wenn die Vertretung im Besitz einer Berufsausübungsbewilligung im Kanton Zürich ist. Beide, die vertretende Person und die Person, die sich vertreten lässt, müssen dies jedoch dem Veterinärämtesamt melden. Eine formlose Mitteilung genügt, z.B. E-Mail unter Angabe beider Namen, Bezeichnung der Praxis, Praxisort und Zeitraum.

Das Gesuch und die notwendigen Beilagen sind dem Veterinärämtesamt, Zollstrasse 20, 8090 Zürich, Fax 043 259 41 40, kanzlei@veta.zh.ch zuzustellen.

A. Gesuchstellung: Praxisinhaberin bzw. Praxisinhaber

Name, ggf. Titel: _____ Vorname: _____
Name Praxis: _____ Telefon: _____
Strasse/Nr.: _____ Mobile: _____
PLZ/Ort/Bezirk: _____ Emailadresse: _____

B. Personalien der tierärztlichen Vertreterin bzw. des Vertreters

Name, ggf. Titel: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Zivilstand: _____
Bürgerort/Nation: _____ Kanton: _____
Geburtsort: _____ Kanton/Land: _____
Wohnadresse _____
Strasse/Nr.: _____ Telefon/Mobile: _____
PLZ/Ort: _____ Emailadresse: _____

C. Angaben zur Vertretung

Beginn Vertretung: _____ Ende Vertretung: _____
Grund Vertretung: Ferien Weiterbildung Militärdienst anderes: _____
Bisherige Assistenz oder Vertretung: ja nein wenn ja, wo: _____
Selbständige Praxisführung bisher: ja nein wenn ja, wo: _____

D. Unterschriften und Beilagen (Beilagen einreichen, sofern im Veterinärämtesamt nicht schon vorhanden)

Kopie Veterinärdiplom _____ Auszug Strafregister (Original - nicht älter als 3 Mte) _____
 Unterschriftenblatt (siehe Homepage) _____ Certificate of Good Standing (ausserkant. BAB) _____
 Anerkennung Diplom Medizinalberufekommission (BAG) (ausländische Diplome) _____

Praxisinhaber/in _____
Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____
Vertreter/in _____
Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____



Tätigkeit als tierärztliche Medizinalperson: Unterschriftenblatt

A. Personalien der Gesuchstellerin bzw. des Gesuchstellers

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Bürgerort: _____ Kanton/Land: _____

oder Geburtsort: _____ Kanton/Land: _____

Wohnadresse _____

Strasse/Nr.: _____ Telefon/Mobile: _____

PLZ/Ort/Bezirk: _____ Emailadresse: _____

B. Unterschrift

(Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben)

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____