



Selbstständige Tätigkeit als Medizinalperson: Gesuch betreffend eine tierärztliche Berufsausübungsbewilligung

Nach Art. 34 Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006 und §§ 3 und 10 Absatz 1 Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 (GesG) benötigen Tierärzte / Tierärztinnen zur selbstständigen beruflichen Tätigkeit eine Berufsausübungsbewilligung. Zudem finden die §§ 28 lit. d und 29 Abs. 1 lit. a der kantonalen Verordnung über die universitären Medizinalberufe vom 28. Mai 2008 Anwendung.

Hinweis: Für tierärztliche Praxisbetriebe, die als juristische Person geführt werden, ist eine Betriebsbewilligung einzuholen (§ 35 Abs. 1 lit. a und 2 lit. h. GesG, §§ 16 Abs. 1 und 29 Abs. 1 lit. e der kantonalen Verordnung über die universitären Medizinalberufe vom 28. Mai 2008).

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

Gesuch mit Certificate of Good Standing Erstmaliges Gesuch
 Erneuerungsgesuch

(Es sind nur die farblich hinterlegten Rubriken zwingend auszufüllen, restliche Rubriken nur bei veränderter Situation)

A. Personalien der Gesuchstellerin bzw. des Gesuchstellers

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Zivilstand:
Bürgerort:	Kanton:
Geburtsort/Nation:	
Wohnadresse	
Strasse/Nr.:	Telefon/Mobile:
PLZ/Ort:	Emailadresse:

B. Angaben zur Qualifikation

Diplom	<input type="checkbox"/> Eidgenössisch	Datum:	Ort:
	<input type="checkbox"/> Ausland	Datum:	Ort/Land:
	<input type="checkbox"/> Anerkennung BAG	Datum:	
Doktorat	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum:	Universität/ Land:

Weitere Titel ja nein

Weiterbildungsnachweise: anerkannte	
Fachtierarztitel,	
Fähigkeitsausweise,	
Fertigkeitszeugnisse	



C. Angaben zur Praxistätigkeit

Eröffnungsdatum:	<input type="checkbox"/> Kleintierpraxis
Anstellung seit:	<input type="checkbox"/> Gemischt-/Nutztierpraxis
Tätigkeitsumfang in %:	
Praxisadresse / Arbeitgeber	
Praxisname:	Telefon/Fax:
Strasse, Nr.:	Mobile:
PLZ/Ort:	Emailadresse:
Homepage:	
Übernahme von:	Praxisgemeinschaft mit:
Praxisführung bisher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, wo: Certificate of good standing nötig	

D. Zweitstandort: Adresse und Erreichbarkeit

Zweitstandort:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Praxisname:	
Strasse, Nr.:	Mobile:
PLZ/Ort:	Emailadresse:
Homepage:	

E. Beilagen (bitte vollständig einreichen)

<input type="checkbox"/> Certificate of Good Standing
<input type="checkbox"/> Original Doktordiplom oder beglaubigte Kopie ¹
<input type="checkbox"/> Unterschriftenblatt (siehe Homepage)
<input type="checkbox"/> Anderes, was:

¹ Kopie genügt, falls der Dokortitel im Certificate of Good Standing erwähnt ist

F. Unterschrift Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben

Ort, Datum:
Unterschrift:

G. Weitere Hinweise und Angaben:



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: _____

