



Tätigkeit als Medizinalperson
unter fachlicher Aufsicht

Gesuch zur Erneuerung der Bewilligung betreffend eine/-n tierärztliche/-n Assistenten/-in

Rechtsgrundlagen: §§ 6, 7 und 11 Gesundheitsgesetz (GesG) sowie §§ 2, 5, 6
und 9 Verordnung über die universitären Medizinalberufe (MedBV)

Einreichen an:
Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Veterinäramt
Waltersbachstrasse 5
8090 Zürich

kanzlei@veta.zh.ch
Telefon +41 43 259 41 41
www.zh.ch/veta

Das Gesuch ist auszufüllen, auszudrucken und zu unterschreiben. Zustellung ans Veterinäramt
zusammen mit den notwendigen Beilagen **per Post oder per E-Mail**.

Mit * versehene Felder sind zwingend auszufüllen. Wenn alternative Angaben möglich sind,
ist mindestens ein Feld auszufüllen.

A. Personalien der Gesuchstellerin / des Gesuchstellers mit Berufsausübungsbewilligung (BAB) im Kt. Zürich

Anrede	_____	ggf. Titel	_____
Name*	_____	Vorname(-n)*	_____
	Global Location Number (GLN-Nr.)*	_____	vom BAG erhalten, im Medizinal- beruferegister einsehbar
	Berufsausübungsbewilligung BAB gültig bis	_____	
		Datum	

Tätigkeitsadresse im Kt. Zürich

Praxisname*	_____		
Strasse*	_____	Nr.*	_____
Adresszusatz	_____		
PLZ*	_____	Ort*	_____
Telefon	_____		
E-Mail	_____		

B. Personalien tierärztliche/-r Assistent/-in

Anrede	_____	ggf. Titel	_____
Name*	_____	Vorname(-n)*	_____
Geburtsdatum*	_____	AHV-Nummer	_____
	Name zum Zeitpunkt Diplomerhalt	_____	
	Bürgerort / Kanton oder Nationalität / Geburtsort*	_____	
	Global Location Number (GLN-Nr.)*	_____	vom BAG erhalten, im Medizinal- beruferegister einsehbar



Wohnadresse tierärztliche/-r Assistent/-in

Strasse* _____ Nr.* _____
Adresszusatz _____
PLZ* _____ Ort* _____
Telefon* _____
E-Mail* _____

C. Angaben zur Qualifikation tierärztliche/-r Assistent/-in

Doktorat (neu erworben) Ja Nein Datum _____ [Berufsdoktorate \(z. B. aus Italien oder Österreich\) werden nicht anerkannt. Kreuzen Sie in diesem Fall «nein» an.](#)
Universität, Land _____

Weitere Angaben zur vorgesehenen Assistenz Tätigkeit

Tätigkeitsumfang _____ % Vorgesehene Dauer der Assistenz (Datum) _____
Tätigkeit in einer weiteren Praxis
Name und Adresse _____
Tätigkeitsumfang _____ %

D. Beilagen

Beilagen mit * sind zwingend nötig; bitte alle weiteren gemäss konkreter Situation vollständig einreichen.
Scans und Kopien sind ausreichend; bei Unklarheiten werden die Originale vom VETA angefordert.

Strafregisterauszug, nicht älter als 3 Monate*

Unterschriftenblatt (siehe G. Anhang, von Assistent/-in ausgefüllt)*

Weitere Unterlagen, bitte beschreiben:



E. Unterschrift Gesuchsteller/-in mit Berufsausübungsbewilligung (BAB)

Der / die Unterzeichnende bestätigt, das Gesuch vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben:

Ort, Datum

Unterschrift

Die Beendigung der Assistenz Tätigkeit ist dem Veterinäramt durch den Gesuchsteller / die Gesuchstellerin mitzuteilen.

F. Unterschrift tierärztliche/-r Assistent/-in Gesuchsteller/-in

Der / die Unterzeichnende bestätigt, dass die Angaben zur eigenen Personen und zur Qualifikation den Tatsachen entsprechen:

Ort, Datum

Unterschrift

G. Anhang

Das Unterschriftenblatt ist ausgefüllt und unterschrieben zwingend bei jedem Gesuch beizulegen.



Tätigkeit als tierärztliche Medizinalperson



Unterschriftenblatt

Einreichen an:

Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion

Veterinäramt

Waltersbachstrasse 5
8090 Zürich

kanzlei@veta.zh.ch

Telefon +41 43 259 41 41

www.zh.ch/veta

Personalien

Name

Vorname(-n)

Global Location Number (GLN-Nr.)

Unterschrift

Unterschrift meint die eigenhändige Originalunterschrift, mit welcher amtliche Dokumente (z.B. Impfausweise, Gesundheitszeugnisse) unterzeichnet werden. Diese Unterschrift wird im VETA hinterlegt und gilt als amtlich verbindlich. Sie identifiziert die Ausstellerin / den Aussteller und dient zur Überprüfung der Echtheit der Unterschrift bei Unklarheiten in vorgenannten Dokumenten.

Ort, Datum

Unterschrift