

**Veterinärämtesamt**

Waltersbachstrasse 5, 8090 Zürich

Telefon 043 259 41 41, Fax 043 259 41 40, [kanzlei@veta.zh.ch](mailto:kanzlei@veta.zh.ch), [www.zh.ch/tierarzt](http://www.zh.ch/tierarzt)

Ausgabedatum 12.11.2019

Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion  
1/2**Tätigkeit als Medizinalperson: Gesuch betreffend Bewilligung zur Beschäftigung einer tierärztlichen Assistentin bzw. eines Assistenten**

Nach den §§ 6, 7 und 11 des kantonalen Gesundheitsgesetzes vom 2. April 2007 (GesG) müssen selbstständig tätige Tierärzte / Tierärztinnen zur Beschäftigung von tierärztlichen Assistentinnen und Assistenten eine Bewilligung einholen. Zudem finden die §§ 5, 6, 9, 28 lit. d und 29 Abs. 1 lit. c der Kantonalen Verordnung über die universitären Medizinalberufe vom 28. Mai 2008 Anwendung.

Das Gesuch und die notwendigen Beilagen sind dem Veterinärämtesamt, Waltersbachstrasse 5, 8090 Zürich, Fax 043 259 41 40, [kanzlei@veta.zh.ch](mailto:kanzlei@veta.zh.ch) zuzustellen.

**A. Gesuchstellung: Praxisinhaber/in oder med. Leiter/in bei Betrieben**

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

**B. Personalien der Assistentin bzw. des Assistenten**

Name, ggf. Titel: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_  
Bürgerort/Nation: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_

**Wohnadresse**

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon/Mobile: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort/Bezirk: \_\_\_\_\_ Emailadresse: \_\_\_\_\_

**C. Angaben zur Assistententätigkeit**

Datum Tätigkeitsaufnahme: \_\_\_\_\_ Anstellungsprozente: \_\_\_\_\_  
Dauer Assistenz:  unbefristet  befristet bis (Datum): \_\_\_\_\_  
Bisherige Assistenz  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)  Doktordiplom (**Original oder beglaubigte Kopie**)  
 Anerkennung Diplom Medizinalberufekommission (BAG) (ausländische Diplome)

**Praxisinhaber/in**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Assistent/in**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Die Beendigung der Assistententätigkeit ist dem Veterinärämtesamt mitzuteilen.**



**Veterinärämtesamt**

Waltersbachstrasse 5, 8090 Zürich

Telefon 043 259 41 41, Fax 043 259 41 40, kanzlei@veta.zh.ch, www.zh.ch/tierarzt

Ausgabedatum 12.11.2019



Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion  
2/2

**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: \_\_\_\_\_