

**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 03.02.2020



Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion  
1/1

## **Tätigkeit als Medizinalperson: Gesuch betreffend Bewilligung zur Beschäftigung einer tierärztlichen Praktikantin bzw. eines Praktikanten**

Nach den §§ 6 Abs. 2 und 11 Abs. 2 des kantonalen Gesundheitsgesetzes vom 2. April 2007 (GesG) unterliegt die Beschäftigung von Praktikantinnen und Praktikanten (Studierende) der Meldepflicht durch selbstständig tätige Tierärzte / Tierärztinnen. Es findet § 7 der Kantonalen Verordnung über die universitären Medizinalberufe vom 28. Mai 2008 Anwendung. Meldungen sind dem Veterinärämtesamt, Waltersbachstrasse 5, 8090 Zürich, Fax 043 259 41 40, [kanzlei@veta.zh.ch](mailto:kanzlei@veta.zh.ch) zuzustellen.

Praktikumstätigkeit von insgesamt mehr als 6 Monaten ist bewilligungspflichtig. Schnupperpraktika ohne Tätigkeit am Patienten sind nicht meldepflichtig.

### **A. Gesuchstellung: Praxisinhaberin bzw. Praxisinhaber**

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

### **B. Personalien der Praktikantin bzw. des Praktikanten (Studierende)**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_

#### **Wohnadresse**

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

Bachelor -  Masterabschluss  andere: \_\_\_\_\_

an welcher Hochschule: \_\_\_\_\_

Zur Zeit in welchem Studienjahr: \_\_\_\_\_

### **C. Angaben zur Praktikumstätigkeit**

Datum Tätigkeitsaufnahme: \_\_\_\_\_ vorgesehen bis (Datum): \_\_\_\_\_

Bisheriges Praktikum:  Ja  Nein Wenn ja, wo, wie viele Tage: \_\_\_\_\_

Umfang pro Woche: \_\_\_\_\_ Besonderes: \_\_\_\_\_

### **D. Unterschriften**

#### **Praxisinhaber/in**

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

#### **Praktikant/in**

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