



Tätigkeit als Medizinalperson
in eigener fachlicher Verantwortung

Gesuch zur Erneuerung der tierärztlichen Berufsausübungs- bewilligung im Kanton Zürich mit Certificate of Good Standing (CoGS)

Rechtsgrundlagen: Art. 34 Medizinalberufegesetz (MedBG) und §§ 3 und 10 Abs. 1
Gesundheitsgesetz (GesG), Art. 40 MedBG und § 25 Abs. 3 GesG, Art. 2 Abs. 4
Binnenmarktgesetz (BGBM)

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.

Einreichen an:
Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion

Veterinäramt
Waltersbachstrasse 5
8090 Zürich

kanzlei@veta.zh.ch

Telefon +41 43 259 41 41

www.zh.ch/veta

A. Personalien der Gesuchstellerin / des Gesuchstellers

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

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

B. Angaben zur Qualifikation

Eidgenössisches Diplom	Ja	Nein	Datum	_____	Ort	_____
---------------------------	----	------	-------	-------	-----	-------

Falls nein, nachfolgende drei Zeilen ausfüllen:

Diplom Ausland	Ja	Nein	Datum	_____	Ort, Land	_____
Anerkennung BAG		Ja	Nein	Datum	_____	

Doktorate	Ja	Nein	Datum	_____	Berufsdoktorate (z. B. aus Italien oder Österreich) werden nicht anerkannt. Kreuzen Sie in diesem Fall «nein» an.
Universität, Land _____					

Weitere Titel	Ja	Nein	Weiterbildungsnachweise wie anerkannte Fachtierarzttitel, Fähigkeitsaus- weise, Fertigungszeugnisse Falls ja, welche?			
---------------	----	------	--	--	--	--



C. Angaben zur weiteren fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübung

Berufsausübung* im Angestelltenverhältnis **oder**
auf eigene Rechnung

Tätigkeitsadresse im Kt. Zürich

Adresse der eigenen Praxis, Praxis der Arbeitgeberin, Wohnadresse bei mobilen Praxen,
Belegstierarztstätigkeit, Versuchstierversorgung

Praxisname _____

Strasse _____ Nr. _____

Adresszusatz _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Weitere Angaben zur weiteren Tätigkeit

Art der Tätigkeit* Kleintierpraxis **oder**
Gemischt-/Nutztierpraxis **oder**
Tätigkeit als Belegstierärztin/-arzt **oder**
Tierärztliche Versorgung von Versuchstieren

Tätig in der oben genannten Praxis seit Datum* _____ Tätigkeitsumfang in Prozent: _____

Praxisübernahme von _____
Praxisgemeinschaft mit _____
(einfache Gesellschaft)

D. Angaben zur bisherigen beruflichen Tätigkeit

Vorhandene Bewilligung Ich verfüge über eine Berufsausübungsbewilligung (BAB) in einem oder mehreren anderen Kanton/-en.

Hinweis: Sie haben bei der zuständigen Behörde im Kanton, wo Ihre Praxisräumlichkeiten/tierärztliche Privatapotheke (Haupttätigkeit) sind, eine sogenannte Unbedenklichkeitserklärung (Certificate of Good Standing, CoGS) eingeholt. Bitte legen Sie das CoGS dem Gesuch bei.

Verweigerung/ Entzug*	Wurde Ihnen in einem anderen Kanton / Staat bis zum heutigen Datum die Berufsausübungsbewilligung verweigert oder entzogen? a)	Ja	Nein
Weitere Gesuche*	Haben Sie bis zum heutigen Datum schon in einem anderen Kanton / Staat ein Gesuch um eine Berufsausübungsbewilligung gestellt, ohne dass es zu einer Bewilligungserteilung gekommen ist? a)	Ja	Nein
Laufende Verfahren*	Laufen gegen Sie aufsichtsrechtliche Verfahren, Haftpflicht- oder Zivilverfahren mit Bezug auf die berufliche Tätigkeit oder laufen gegen Sie Strafverfahren?* a)	Ja	Nein

a) Wurde/-n eine oder mehrere Fragen mit ja beantwortet, benötigt es **zwingend eine schriftliche Begründung** unter Beilage der Akten.



Begründung
gemäss a)

E. 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.

Certificate of Good Standing (COGS)*, nicht älter als 3 Monate

Unterschriftenblatt (siehe H. Anhang)*

Doktordiplom, wenn vorhanden*

Fachtierarzt Diplom, wenn vorhanden

Weitere Unterlagen, bitte beschreiben:

F. Unterschrift

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

Ort, Datum

Unterschrift

G. Weitere Hinweise und Angaben

H. 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