



Tätigkeit als Medizinalperson
in eigener fachlicher Verantwortung

Erstmaliges Gesuch betreffend eine tierärztliche Berufsausübungs- bewilligung im Kanton Zürich

Rechtsgrundlagen: Art. 34 Medizinalberufegesetz (MedBG) und § 3 und
§ 10 Abs. 1 Gesundheitsgesetz (GesG)

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

| | | | |
|--|-------|---|-------|
| 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 geplanten 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 vorgesehenen Tätigkeit

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

Tätigkeitsaufnahme Datum* _____ Vorgesehener 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: Wenn Sie über eine gültige Berufsausübungsbewilligung (BAB) in einem anderen Kanton verfügen, können Sie dort ein Certificate of Good Standing (CoGS) erhalten. Für eine BAB im Kt. ZH mit CoGS bitte folgendes Formular ausfüllen: «Tätigkeit als Medizinalperson in eigener fachlicher Verantwortung: Erstmaliges Gesuch betreffend eine tierärztliche Berufsausübungsbewilligung im Kt. Zürich mit CoGS».

| | | | |
|--------------------------|---|----|------|
| 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.

Veterinärdiplom*

Handlungsfähigkeitszeugnis, nicht älter als 3 Monate*

Strafregisterauszug, nicht älter als 3 Monate*

[Strafregisterauszüge früherer Wohnsitz- oder Aufenthaltsstaaten der letzten fünf Jahre.](#)
[Kopie, nicht älter als drei Monate. Nur wenn Sie in den letzten fünf Jahren vom Ausland in die Schweiz gezogen sind.](#)

Unterschriftenblatt (siehe H. Anhang)*

Berufshaftpflichtversicherung, bei Tätigkeit auf eigene Rechnung*

Doktordiplom, wenn vorhanden*

Fachtierarzt Diplom, wenn vorhanden

Arbeitszeugnisse, wenn vorhanden

Belege Weiterbildungsnachweise, wenn vorhanden

Liste: Tierärztliche Medizinalperson: Bisherige Tätigkeiten (siehe I. Anhang)

Anerkennung Diplom BAG, bei ausländischem Diplom zwingend*

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)

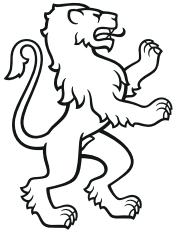
Global Location Number (GLN-Nr.)

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



Tierärztliche Medizinalperson: Bisherige Tätigkeiten

Einreichen an:
Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Veterinäramt
Waltersbachstrasse 5
8090 Zürich

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

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

| Tätigkeit/Anstellung bei (ggf. ist nur das Studium einzutragen) | Funktion (selbstständig, Vertretung, Assistenz) | von (Monat/Jahr) | bis (Monat/Jahr) |
|---|---|------------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Gesuchsteller/in:

Ort, Datum _____ Unterschrift _____