



Selbstständige Tätigkeit als Medizinalperson: Gesuch betreffend eine tierärztliche Berufsausübungsbewilligung

Nach Art. 34 Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006 und §§ 3 und 10 Absatz 1 Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 (GesG) benötigen Tierärzte / Tierärztinnen zur selbstständigen beruflichen Tätigkeit eine Berufsausübungsbewilligung. Zudem finden die §§ 28 lit. d und 29 Abs. 1 lit. a der kantonalen Verordnung über die universitären Medizinalberufe vom 28. Mai 2008 Anwendung.

Hinweis: Für tierärztliche Praxisbetriebe, die als juristische Person geführt werden, ist eine Betriebsbewilligung einzuholen (§ 35 Abs. 1 lit. a und 2 lit. h. GesG, §§ 16 Abs. 1 und 29 Abs. 1 lit. e der kantonalen Verordnung über die universitären Medizinalberufe vom 28. Mai 2008).

Das Gesuch und die notwendigen Beilagen sind dem Veterinäramt, Zollstrasse 20, 8090 Zürich, Fax 043 259 41 40, kanzlei@veta.zh.ch zuzustellen.

Gesuch mit Certificate of Good Standing

- Erstmaliges Gesuch
 Erneuerungsgesuch

(Es sind nur die farblich hinterlegten Rubriken zwingend auszufüllen, restliche Rubriken nur bei veränderter Situation)

A. Personalien der Gesuchstellerin bzw. des Gesuchstellers

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Zivilstand:
Bürgerort:	Kanton:
Geburtsort/Nation:	

Wohnadresse

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

B. Angaben zur Qualifikation

Diplom	<input type="checkbox"/> Eidgenössisch	Datum:	Ort:
	<input type="checkbox"/> Ausland	Datum:	Ort/Land:
	<input type="checkbox"/> Anerkennung BAG	Datum:	
Doktorat	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum:	Universität/ Land:

Weitere Titel ja nein

Weiterbildungsnachweise: anerkannte	
Fachtierarztitel, Fähigkeitsausweise, Fertigkeitzeugnisse	



C. Angaben zur Praxistätigkeit

Eröffnungsdatum:	<input type="checkbox"/> Kleintierpraxis
Anstellung seit:	<input type="checkbox"/> Gemischt-/Nutztierpraxis
Tätigkeitsumfang in %:	

Praxisadresse / Arbeitgeber

Praxisname:	Telefon/Fax:
Strasse, Nr.:	Mobile:
PLZ/Ort:	Emailadresse:
Homepage:	

Übernahme von: _____ Praxismgemeinschaft mit: _____
Praxisführung bisher: ja nein wenn ja, wo: _____ Certificate of good standing nötig

D. Zweitstandort: Adresse und Erreichbarkeit

Zweitstandort: ja nein

Praxisname:	
Strasse, Nr.:	Mobile:
PLZ/Ort:	Emailadresse:
Homepage:	

E. Beilagen (bitte vollständig einreichen)

Certificate of Good Standing
 Original Doktordiplom oder beglaubigte Kopie¹
 Unterschriftenblatt (siehe Homepage)
 Anderes, was: _____

¹ Kopie genügt, falls der Dokortitel im Certificate of Good Standing erwähnt ist

F. Unterschrift Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben

Ort, Datum: _____
Unterschrift: _____

G. Weitere Hinweise und Angaben:

