

PERSONALBLATT

NAME: VORNAME:

GEBOREN am: IN:

BERUFSBEZEICHNUNG/ AMTSBEZEICHNUNG:

ANSCHRIFT des/der ARBEITSGEBER/S/IN:

ORT des PROMOTIONSSTUDIUMS:

TÄTIGKEIT SEIT DEM STAATSEXAMEN:

VON BIS

Amtlich anerkannte Minderung der Erwerbsunfähigkeit % seit:.

Gehören Sie einer berufsständischen Versorgungseinrichtung an und welcher:

Anmerkung: Alle Tierärzte/Tierärztinnen, die der Landestierärztekammer angehören und Ihren Beruf im Kammerbereich ausüben, sind nach den Bestimmungen des Gesetzes über die Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte in Tübingen PflichtteilnehmerInnen dieser Anstalt, soweit sie nicht als Beamte/Beamtinnen einen gesetzlichen Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung haben. In den Kammerbereich zugezogene Kammerangehörige sind verpflichtet, sich bei der Versorgungsanstalt, Gartenstr. 63, 72016 Tübingen, anzumelden.

VORNAME der EHEFRAU:

GEBORENE:

VORNAME des EHEMANNES:

GEBORENER:

Bemerkungen

.....den

.....

Unterschrift

(Wird durch die Kammer ausgefüllt)

Tierärztekammer- Meldebogen V 1.3

		<input type="checkbox"/> Erstzugang	<input type="checkbox"/> Abgang
		<input type="checkbox"/> Neuzugang	<input type="checkbox"/> Veränderung
		<input type="checkbox"/> Wiederezugang	<input type="checkbox"/> ohne Anlage
Kammer-Nr.	Kammer-Datum	ZTD-Nr.	ZDT-Datum

*) Angabe freigestellt

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	akademische Titel	Staatsangehörigkeit
Nachname	Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsname

Privatanschrift (wichtig, wird von der Kammer für die Korrespondenz benötigt): Telefon *): ()

Straße/Postfach: Telefax *): ()

PLZ: Ort: Kreis:

Dienstanschrift: (Dienststelle/Praxis/Firma) identisch mit Privatanschrift
Telefon *): ()

Straße/Postfach: Telefax *): ()

PLZ: Ort: Kreis:

Versandanschrift für Deutsches Tierärzteblatt: identisch mit Privatanschrift identisch mit Dienstanschrift

Straße/Postfach: PLZ: Ort:

E-Mail:

Zuletzt Mitglied der Kammer: Kammerbeitrag bezahlt bis Ende: Höhe: EURO

Besteht eine weitere Mitgliedschaft bei einer anderen Kammer? nein ja, bei der Kammer

Mitglied des Versorgungswerks: Im neuen Kammerbereich tätig bzw. wohnhaft seit:

Hinweis: Zum Führen ausländischer akademischer Titel muss die Zustimmung der zuständigen Landesbehörde nachgewiesen werden.

Tierärztliche Prüfung	Datum:		an Hochschule:	
Approbation	Datum:		Ort der Ausstellung:	
Promotion	Datum:		Ort der Ausstellung:	

Erlaubnis zur Ausübung des tierärztlichen Berufes: (nur für Tierärztinnen und Tierärzte ohne deutsche Approbation)

von: bis: Ort der Ausstellung:

<input type="checkbox"/> Fachl. Anerkennung	<input type="checkbox"/> Teilgeb. Bezeichnung	<input type="checkbox"/> Zusatzbezeichnung	(bitte ankreuzen)	Datum der Anerkennung:	Anerkennung durch die Tierärztekammer:	Datum der Ermächtigung zur Weiterbildung:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

(Wird durch die Kammer ausgefüllt)

Art der Tätigkeit (Derzeitiger Stand!)

*) Angabe freigestellt

- Neuzugang Abgang
 Wiederzugang Veränderung

- Frau
 Herr

akademische Titel

Geburtsdatum

Tätigkeit

Praxis-Nr.

Nachname

Vorname

Privatanschrift (wichtig, wird von der Kammer für die Korrespondenz benötigt):

Telefon : ()

Straße/Postfach:

Telefax : ()

PLZ:

Ort:

Kreis:

Dienstanschrift:
(Dienststelle/
Praxis/Firma)

identisch mit Privatanschrift

Telefon : ()

Straße/Postfach:

Telefax : ()

PLZ:

Ort:

Kreis:

Privat-E-Mail:

Dienst-E-Mail :

Niedergelassene/-r (prakt.) Tierärztin/Tierarzt

in Einzelpraxis

seit

In Gemeinschaftspraxis Gruppenpraxis mit

Rechtsform:

Behandelt werden überwiegend: Nutztiere

Kleintiere

Pferde

Kleintiere und Pferde

Nutztiere und Kleintiere

Nutztiere und Pferde

sonstige

Sonstige selbständige Tätigkeit; welche?

seit

Praxisvertreter/-in seit

Praxisassistent/-in bei

Beamtin/-er

Angestellte/-r

Privatwirtschaft/Industrie

seit

Referendar/-in

im öffentlichen Dienst

Veterinärverwaltungsdienst seit

Bund

Land

Kreis/Gemeinde

Institut/Amt/Anstalt

Bundesamt/-institut

Bundesforschungsanstalt

Veterinär-/Landesuntersuchungsamt

-Tiergesundheitsamt

Tiergesundheitsdienst

Sonstiges Institut

Veterinärmedizinische Bildungsstätte

Andere Hochschule oder Universität

Schlachtier- und Fleischuntersuchung

Bundeswehr

Pharmazeutische Industrie

Fleischwaren- und Lebensmittelindustrie

Futtermittelindustrie

Besamungsstation

Landwirtschaft

Sonstige Industrie

Außendienst auch im Kammerbereich

Sonstige veterinärmedizinische Tätigkeit

Im Ausland tierärztlich tätig

Berufsfremde Tätigkeit

welche?:

Ohne Berufsausübung

Arbeitslos

Im Ruhestand

Doktorand/Hospitant ohne Entgelt

Elternzeit

Nebentätigkeit/zusätzliche Tätigkeit seit

Praxis Schlachtier- u. Fleischuntersuchung

Lbm.-Hygieneüberwachung

Privatwirtschaft/Industrie

§ 7 SchHaltHygV

Turnierbetreuung

instrumentelle Besamung

sonstige

(Ort und Datum):

(Unterschrift):

Name, Vorname

**Einverständniserklärung
zur Veröffentlichung persönlicher Daten im Deutschen Tierärzteblatt**

Im Deutschen Tierärzteblatt werden in den Kammernachrichten Baden-Württemberg verschiedene Daten veröffentlicht, zum Teil können Sie die Veröffentlichung ablehnen.

Unter der Rubrik „**Personalien**“

- die Neuzugänge mit Namen, Ort (ohne PLZ) und der Art der Tätigkeit
- stimme ich zu
- stimme ich nicht zu

Unter der Rubrik „**Geburtstage**“

- Geburtstag, Name, Adresse
- stimme ich zu
- stimme ich nicht zu

Folgende Veröffentlichungen erfolgen **zwingend**:

- Ermächtigung zur Weiterbildung
- Klinikanerkennung
- Niederlassung, Praxisübernahme, Gründung einer Gemeinschaftspraxis

**Einverständniserklärung
zur Übermittlung des Newsletters / Infobriefs der LTK per eMail**

- Ich bitte um Zusendung des Newsletters/ Infobriefs per eMail an die folgende

Adresse _____ (bitte angeben).

Die Zusendung kann jederzeit durch eine schriftliche Mitteilung an die Geschäfts-stelle beendet werden.

Zusätzliche Angaben bei zwei oder mehreren gleichzeitig ausgeführten tierärztlichen Tätigkeiten (z.B. Promotion + Anstellung an der Universität, Praxisassistentz und Fleischbeschau, etc.)

Haupttätigkeit _____

Nebentätigkeit _____

Ort, Datum

Unterschrift

Name/Vorname in Druckschrift

Landestierärztekammer
Baden-Württemberg
Am Kräherwald 219

70193 Stuttgart

Antrag für Tierarztausweis

Hiermit beantrage ich die Ausstellung eines Tierarztausweises in Scheckkartenformat.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift mein Einverständnis zur Weitergabe der benötigten Daten an die BTK, Berlin.

Den Auslagenersatz in Höhe von 10,00 € habe ich auf das Konto der BW-Bank, IBAN: DE13 6005 0101 0002 0940 52, BIC: SOLADEST, bzw. auf ein anders Konto der Kammer überwiesen.

Mir ist bekannt, dass der Ausweis erst erstellt wird, wenn der genannte Betrag meinem Mitgliedskonto bei der Kammer gutgeschrieben worden ist.

Unterschrift / Stempel