Bewilligungsgesuch für Berufsausübungs- und Detailhandelsbewilligung BAB/DHB

## Personalien der Gesuchstellerin, des Gesuchstellers

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Geburtsdatum |  | Zivilstand |  |
| Bürgerort |  | Kanton/Land |  |
| Geburtsort |  | Kanton/Land |  |
| Wohnadresse |  | Hausnr. |  |
| PLZ |  | Ort |  |
| Telefon |  | Fax |  |
| Mobile |  | E-Mail |  |

## Angaben zur Qualifikation

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diplom** | Eidgenössisch | Datum |  | Ort |  | | |
| Ausland | Datum |  | Ort / Land |  | | |
|  | | Anerkennung BAG | | Datum: | |  |
| **Doktorat** | ja  nein | Datum |  | Universität / Land | |  | |
| **Weitere Titel**  Weiterbildungsnach-weise: anerkannte Fachtierarzttitel, Fähigkeitsausweise, Fertigkeitszeugnisse | ja  nein |  | | | | | |

## Angaben zum Betrieb

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Praxis Name: | |  | | | | | |
| weitere Partner | | Name |  | | Vorname | |  |
| Name |  | | Vorname | |  |
| Name |  | | Vorname | |  |
| Strasse |  | | | Nummer | |  | |
| PLZ |  | | | Ort | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Telefon |  | | | Fax | |  | | |
| Mobile: |  | | | E-Mail: | |  | | |
| Praxisführung bisher | | | Ja  Nein | Wo | |  | | Certificate of good standing nötig |
| Rechtsform | | | Einzelunternehmen | | | Kollektivgesellschaft | | |
| GmbH | | | AG | | |
| UID Nr. | |  | | | BUR Nr. | |  | |

## Angaben zum Detailhandelsbetrieb

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Übernahme von: | | |  | | | Eröffnungsdatum: | | | | |  | | | |
| Abgabe an | Heimtiere  Nutztiere  Gemischtpraxis | | | | | | | | | | | | | |
| Gemischtpraxis, geschätzter Anteil in % | | | | | | | Heimtiere | |  | | | | Nutztiere |  |
| weitere Standorte | | | | Ja  Nein | | | | | | | | | | |
| Anzahl Zimmer | | | |  | | Total Fläche ca. m2 | | | | | |  | | |
| Praxisstandort 2 | | | |  | | Name | | | | | |  | | |
| Anzahl Zimmer | | | |  | | Total Fläche ca. m2 | | | | | |  | | |
| Die Räume werden auch anderweitig genutzt | | | | | | Ja  Nein | | | | | | | | |
| Wenn ja: | | | | | | Privat  anderes | | | | | | | | |
| **Personal nicht Tierärzte** | | | | | | | | | | | | | | |
| Name | |  | | | | | | Vorname | |  | | | | |
| Funktion | |  | | | | | | Stellenprozent | |  | | | | |
| Name | |  | | | | | | Vorname | |  | | | | |
| Funktion | |  | | | | | | Stellenprozent | |  | | | | |
| Name | |  | | | | | | Vorname | |  | | | | |
| Funktion | |  | | | | | | Stellenprozent | |  | | | | |
| **Personal Assistenten / Assistentinnen** | | | | | | | | | | | | | | |
| Name | |  | | | | | | Vorname | |  | | | | |
| Stellenprozent | |  | | | | | |  | |  | | | | |
| Name | |  | | | | | | Vorname | |  | | | | |
| Stellenprozent | |  | | | | | |  | |  | | | | |
|  | |  | | | | | |  | |  | | | | |
| Qualitätssicherungssystem vorhanden | | | | | | Ja  Nein | | | | | | | | |
| Wenn ja, folgende | | | | |  | | | | | | | | | |

## Erforderliche Beilagen (bitte vollständig einreichen, Fettgedruckt = zwingend!))

|  |  |
| --- | --- |
| **Kopie eidg.**  **Diplom/Fähigkeitsausweis** | Kopie Doktordiplom |
| **Lebenslauf inkl. beruflichem**  **Werdegang** | Kopie Fachtierarztdiplom |
| **Auszug Zentralstrafregister** | wenn vorhanden Planskizze der  Praxisräumlichkeiten |
| Certificate of Good Standing | **Ausländisches Diplom: Anerkennung**  **durch Medizinalberufekommission**  **(BAG)** |
| **Gesundheitsattest** | **Ärztliches Gesundheitszeugnis im**  **Krankheitsfall** |
| **Beleg Berufshaftpflichtversicherung** | Liste Weiterbildungsnachweise |
| Liste Fortbildungsnachweise  **Sprachnachweis & Landessprache**  **(Niveau B2)**  **Eintrag MedReg** | Anderes, was:  ………………………….  ………………………….  …………………………. |

## Erforderliche Unterlagen, wenn bereits eine BAB von einem anderen Kanton vorliegt:

|  |  |
| --- | --- |
| Lebenslauf inkl. beruflichem Werdegang | Kopie von der BAB des anderen Kantons |
| Certificate of Good Standing |  |

## Unterschrift

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum: |  | Unterschrift: | ……………………………….. |

# Weitere Hinweise und Angaben

|  |
| --- |
|  |

Wir werden Ihre vollständigen Unterlagen sorgfältig prüfen

* Gemeinschaftspraxen: für jeden Partner ein Formular BAB/DHB ausfüllen
* Assistenztierärzte siehe sep. Merkblatt
* Mehrere Standorte: weitere Formulare BAB/DHB benutzen