Ärztliches Zeugnis für die Berufsausübungs- und Detailhandelsbewilligung als Tierärztin/Tierarzt

Dieses ärztliche Zeugnis darf nur von einem Arzt / einer Ärztin mit Praxisbewilligung ausgefüllt werden.

# Personalien des Patienten

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Geburtsdatum |  | Titel |  |
| Praxis Name |  | | |
| Strasse, Nr. |  | PLZ, Ort |  |
| Privat-Adresse |  | PLZ, Ort |  |
| Telefon |  | Fax |  |
| Mobile |  | E-Mail |  |

Der Patient / die Patientin ist bei mir in Behandlung seit:

|  |  |
| --- | --- |
| Datum (TT/MM/JJJJ) |  |

Folgende Krankheiten wird / werden behandelt:

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnose/n |  |
| Krankheitsverlauf  und Therapie |  |

Hat / haben die Krankheiten einen negativen Einfluss auf die Ausübung des Berufes als Tierärztin / Tierarzt?

Nein

Ja, welche:

Haben Ihre Abklärungen Hinweise ergeben, welche die Praxisbewilligung aus anderen Gründen (z.H. Vertrauenswürdigkeit) in Frage stellen?

Nein

Ja, welche:

Bemerkungen:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum |  | Unterschrift / Stempel | ………………………………….. |