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 |       |
| Krankheitsverlaufund 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 | ………………………………….. |