



Meldebogen

Persönliche Daten			Anmeldung zum (Datum)	Mitgliedsnummer (wird von Kammer eingetragen)	
<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Akademische/r Titel		Staatsangehörigkeit	
Nachname			Vorname(n)		
Geburtsdatum		Geburtsort		Geburtsname / ggf. frühere Namen	
PRIVATANSCHRIFT					
Straße / Postfach				Telefon	
PLZ		Ort		Telefon mobil	
E-Mail				Telefax	
KOMMUNIKATION					
Zusendung des Deutsches Tierärzteblattes			<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> beruflich	
Zusendung des Newsletters			<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> beruflich	
TIERÄRZTLICHE QUALIFIKATION					
Tierärztliche Prüfung			Tierärztliche Approbation		
Datum		Hochschule	Datum		ausstellende Behörde
Promotion			Habilitation		
Datum		Hochschule	Datum		Hochschule
Berufsausübungserlaubnis (nur bei Tierärztinnen/Tierärzten ohne deutsche Approbation)					
Datum		gültig bis		ausstellende Behörde	
WEITERBILDUNG					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Fachtierarztanerkennung		Weiterbildungsermächtigung seit
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Teilgebietsbezeichnung		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Zusatzbezeichnung		
			Datum der Anerkennung		Kammer, in der die Anerkennung erfolgte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			seit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			seit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			seit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			seit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			seit
SONSTIGE FACHLICHE QUALIFIKATION					
Fachkunde Strahlenschutz <input type="checkbox"/>		Datum Ersterwerb		Datum letzte Aktualisierung	
Besonderes Fachwissen nach § 7 Abs. 2 SchHaltHygV <input type="checkbox"/>		Datum letzte Aktualisierung			
BISHERIGE KAMMERZUGEHÖRIGKEIT (nur bei Wechsel des Kammerbereichs oder Mehrfachmitgliedschaft)					
zuletzt Mitglied der (Landes-)Tierärztekammer			Mitgliedschaft beendet seit		Mitgliedschaft besteht fort <input type="checkbox"/>
Bestehen Mitgliedschaften in weiteren (Landes-)Tierärztekammern?					
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kammerbereich 1		Kammerbereich 2	

Angaben zur beruflichen Tätigkeit

BERUFLICHE ANSCHRIFT

Praxisname / Behörde / Institut / Firma		
Straße / Postfach		Telefon
PLZ	Ort	Telefon mobil
E-Mail		Telefax

BERUFLICHE TÄTIGKEIT (Haupttätigkeit)

Tätigkeit ab / seit		Bruttojahreseinkommen aus tierärztlicher Tätigkeit < 6.000 Euro (Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/>		
niedergelassen	Einzelpraxis <input type="checkbox"/>	Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/>	Klinik <input type="checkbox"/>	Gesellschaft <input type="checkbox"/>
angestellt <input type="checkbox"/> verbeamtet <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/>	Tierarztpraxis <input type="checkbox"/>	Klinik mit Leitungsfunktion <input type="checkbox"/>	Tierärztliche Gesellschaft mit Leitungsfunktion <input type="checkbox"/>	
	Veterinär- und Lebensmittelüberwachung <input type="checkbox"/>	Bundesinstitut <input type="checkbox"/>	Privatwirtschaft / Industrie	Pharmaindustrie <input type="checkbox"/>
	Landesministerium <input type="checkbox"/>	Landesinstitut <input type="checkbox"/>		Fleisch-/Lebensmittel <input type="checkbox"/>
	Landesamt <input type="checkbox"/>	Hochschule/Universität <input type="checkbox"/>		Futtermittel <input type="checkbox"/>
	Tierseuchenkasse <input type="checkbox"/>	Berufsschule <input type="checkbox"/>		Besamung <input type="checkbox"/>
	Forschungseinrichtung <input type="checkbox"/>	sonstige Bildungsstätte <input type="checkbox"/>		Landwirtschaft <input type="checkbox"/>
	Bundeswehr <input type="checkbox"/>	berufsfremd <input type="checkbox"/>		sonstige <input type="checkbox"/>
ohne Tätigkeit	Ruhestand <input type="checkbox"/>	arbeitslos <input type="checkbox"/>	Elternzeit <input type="checkbox"/>	sonstiges (z.B. EU/BU) <input type="checkbox"/>

TÄTIGKEITSSPEKTRUM (nur bei praktizierender tierärztlicher Tätigkeit)

Klein- und Heimtiere <input type="checkbox"/>	> 30 h/Woche <input type="checkbox"/>	> 20 bis 30 h/Woche <input type="checkbox"/>	≤ 20 h/Woche <input type="checkbox"/>
Nutztiere <input type="checkbox"/>	> 30 h/Woche <input type="checkbox"/>	> 20 bis 30 h/Woche <input type="checkbox"/>	≤ 20 h/Woche <input type="checkbox"/>
Pferde <input type="checkbox"/>	> 30 h/Woche <input type="checkbox"/>	> 20 bis 30 h/Woche <input type="checkbox"/>	≤ 20 h/Woche <input type="checkbox"/>
sonstiges	zeitlicher Umfang		

GGF. WEITERE TIERÄRZTLICHE BERUFLICHE TÄTIGKEIT (Nebentätigkeit)

Praxisname / Behörde / Institut / Firma		
Straße / Postfach		Telefon
PLZ	Ort	Telefon mobil
E-Mail		Telefax

ART UND UMFANG DER TIERÄRZTLICHEN NEBENTÄTIGKEIT

Tierarztpraxis angestellt <input type="checkbox"/>	Tierarztpraxis niedergelassen <input type="checkbox"/>	Klinik <input type="checkbox"/>	zeitlicher Umfang
Tierärztliche Gesellschaft angestellt <input type="checkbox"/>	Tierärztliche Gesellschaft leitend <input type="checkbox"/>	Berufsschule <input type="checkbox"/>	
Schlachtier-/Fleischuntersuchung <input type="checkbox"/>	Lebensmittel-/Hygieneüberwachung <input type="checkbox"/>	Turnierbetreuung <input type="checkbox"/>	
sonstige Tätigkeit (bitte aus obiger Tabelle entnehmen)			
Tätigkeit ab / seit			

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------