

(Wird durch die Kammer ausgefüllt)

# Art der Tätigkeit

\*) 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):

Absender:

---

(Titel, Vor- und Zuname)

Bayerische Landestierärztekammer  
Bavariastr. 7a

**80336 München**

oder per Fax: 089 / 21 99 08 – 33  
oder per e-mail: kontakt@bltk.de

## Ermächtigung

Ich ermächtige die Bayerische Landestierärztekammer folgende - im Zusammenhang mit der Kammermitgliedschaft erhobenen - Daten von mir im Deutschen Tierärzteblatt zu veröffentlichen:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Niederlassung**  
(Titel, Vor- und Zuname, Praxis-Adresse)
- Praxisänderung**  
(bisherige und künftige Praxisinhaber mit Titel, Vor- und Zuname, Praxis-Adresse)
- Praxisübergabe**  
(bisherige/r und künftige/r Praxisinhaber mit Titel, Vor- und Zuname, künftige Praxis-Adresse)
- Praxisaufgabe**  
(Titel, Vor- und Zuname, Praxis-Adresse)

Mir ist klar, dass diese Ermächtigung freiwillig ist.  
Meine Ermächtigung zur Veröffentlichung kann ich jederzeit widerrufen.

Der Widerruf ist

per E-Mail zu richten an: kontakt@bltk.de  
postalisch zu richten an: Bayerische Landestierärztekammer  
Bavariastr. 7a  
80336 München

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift**