



# Tierärztekammer Meldebogen

Bitte gut lesbar in Druckbuchstaben oder am Computer ausfüllen

Tierärztekammer Nordrhein  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Postfach 10 07 23  
47884 Kempen

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Erstzugang   | <input type="checkbox"/> Abmeldung    |
| <input type="checkbox"/> Neuzugang    | <input type="checkbox"/> Veränderung  |
| <input type="checkbox"/> Wiederzugang | <input type="checkbox"/> ohne Anlagen |

(Wird durch die Kammer ausgefüllt)

Kammer-Nr.	Kammer-Datum
------------	--------------

<input type="radio"/> Frau	akademische Titel	Amtsbezeichnung	Staatsangehörigkeit
<input type="radio"/> Herr			
<input type="radio"/> divers			

Nachname	Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsname

Privatanschrift (wichtig, wird von der Kammer für die Korrespondenz benötigt): \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße/Postfach: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Privat-E-Mail: \_\_\_\_\_

Dienstanschrift: \_\_\_\_\_  identisch mit Privatanschrift

(Dienststelle/Praxis/Firma) \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße/Postfach: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Dienst-E-Mail: \_\_\_\_\_

Versandanschrift für das Deutsche Tierärzteblatt:  identisch mit Privatanschrift  identisch mit Dienstanschrift

Zuletzt Mitglied der Kammer: \_\_\_\_\_ Kammerbeitrag bezahlt bis Ende: \_\_\_\_\_ Höhe: \_\_\_\_\_ Euro

**Nachweis über Beitragszahlung beifügen!**

Im neuen Kammerbereich **wohnhaft seit:** \_\_\_\_\_ **tätig seit:** \_\_\_\_\_  
(TT/MM/JJJJ) (TT/MM/JJJJ)

Besteht eine weitere Mitgliedschaft bei einer anderen Kammer?  nein  ja, bei der Kammer: \_\_\_\_\_

Letzte tierärztliche Prüfung Datum: \_\_\_\_\_ an Hochschule: \_\_\_\_\_

Approbation **bitte Kopie beifügen** Datum: \_\_\_\_\_ Ort der Ausstellung: \_\_\_\_\_

Promotion<sup>1</sup> Datum: \_\_\_\_\_ Ort der Ausstellung: \_\_\_\_\_

Hinweis: Das Führen ausländischer akademischer Titel richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften ([www.anabin.de](http://www.anabin.de))

Erlaubnis zur Ausübung des tierärztlichen Berufes: (nur für Tierärztinnen und Tierärzte ohne deutsche Approbation)

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Ort der Ausstellung: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Fachtierarztanerkennung	Datum der Anerkennung:	<input type="checkbox"/>	Anerkennung durch die Tierärztekammer:	Datum der Ermächtigung zur Weiterbildung:
<input type="checkbox"/>	Teilgebietsbezeichnung	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Zusatzbezeichnung	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>		_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>		_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____

(Ort und Datum)

(Unterschrift)



# Art der Tätigkeit

Gut lesbar in Druckbuchstaben oder am Computer ausfüllen

Tierärztekammer Nordrhein  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Postfach 10 07 23  
47884 Kempen

- Erstzugang
- Neuzugang
- Wiederzugang
- Abmeldung
- Veränderung
- ohne Anlagen

Frau divers

Herr

akademischer Titel

Amtsbezeichnung

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:

**Praxisassistent/-in, angestellte/r Tierärztin/Tierarzt**

seit .....  
(TT/MM/JJJJ)

wöchentl. Arbeitszeit .....

**Praxisvertreter/-in**

seit .....  
(TT/MM/JJJJ)

wöchentl. Arbeitszeit .....

**Niedergelassene/-r (prakt.) Tierärztin/Tierarzt**

seit .....  
(TT/MM/JJJJ)

wöchentl. Arbeitszeit .....

In Gemeinschaftspraxis mit .....  
Gruppenpraxis mit .....  
Rechtsform: .....

**Behandelt werden überwiegend:** Nutztiere Kleintiere Pferde sonstige

**Sonstige selbständige Tätigkeit welche?**

(Honorarbasis, Beratung, Consulting o. Ä.)

seit .....  
(TT/MM/JJJJ)

**Beamtin/-er**

seit .....  
(TT/MM/JJJJ)

**Angestellte/-r im öffentlichen Dienst**

seit .....  
(TT/MM/JJJJ)

**Referendar/-in**

seit .....  
(TT/MM/JJJJ)

**Veterinärverwaltungsdienst**

wöchentl.  
Arbeitszeit .....

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**

**Privatwirtschaft/Industrie**

seit .....  
(TT/MM/JJJJ)

angestellter Tierarzt

wöchentl.  
Arbeitszeit .....

Pharmazeutische Industrie  
Fleischwaren- und Lebensmittel  
Futtermittelindustrie  
Besamungsstation  
Landwirtschaft  
sonstige Industrie  
Außendienst auch im Kammerbereich .....

seit .....  
(TT/MM/JJJJ)

sonstige veterinärmedizinische Tätigkeit  
im Ausland tierärztlich tätig  
Berufsfremde Tätigkeit, welche? .....

seit .....  
(TT/MM/JJJJ)

**ohne Berufsausübung**

**Arbeitslos**

**Im Ruhestand**

**Dokorand/ Hospitant ohne Entgelt**

**Elternzeit** von: ..... bis: .....

**Beschäftigungsverbot** von: ..... bis: .....

**Nebentätigkeit / zusätzliche Tätigkeit**

seit .....  
(TT/MM/JJJJ)

Praxis  Schlachtier- u. Fleischuntersuchung  Lbm.-Hygieneüberwachung  Privatwirtschaft/Industrie

§ 7 SchHaltHygV  Turnierbetreuung  instrumentelle Besamung  sonstige .....

(Ort und Datum): .....

(Unterschrift): .....



**SEPA-Lastschriftmandat**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE68ZZZ00000366278  
Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer): \_\_\_\_\_

Ich ermächtige die Tierärztekammer Nordrhein, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Tierärztekammer Nordrhein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
(Druckbuchstaben)

Name des Geldinstituts \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_

Bankleitzahl (BLZ) \_\_\_\_\_

IBAN (Bitte angeben) \_\_\_\_\_

BIC (Swift Code) (Bitte angeben) \_\_\_\_\_

Name des Kontoinhabers \_\_\_\_\_  
(In Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_, Datum Unterschrift

Tierärztekammer Nordrhein  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Postfach 10 07 23  
47884 Kempen

**Fax: 02152 20558-50**

**Datenschutz**  
**Übermittlung personenbezogener Daten an den Bundestierärztekammer e.V. sowie die Deutscher**  
**Ärzteverlag GmbH zwecks Veröffentlichungen in dem Deutschen Tierärzteblatt**

**- EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG (VERÖFFENTLICHUNG, DEUTSCHES TIERÄRZTEBLATT) -**

Die Veröffentlichung von personenbezogenen Daten der Mitglieder der Tierärztekammer Nordrhein in dem Deutschen Tierärzteblatt (**Zweck**) erfordert die Einwilligung des betroffenen Mitglieds in die Datenverarbeitung.

Die Datenverarbeitung umfasst die Erhebung, Speicherung und Übermittlung der personenbezogenen Daten durch die Tierärztekammer Nordrhein - Körperschaft des öffentlichen Rechts -, St. Töniser Straße 15, 47906 Kempen, vertreten durch ihren Präsidenten Herr Bulgrin (**Kammer**) an den Bundestierärztekammer e. V. Französische Str. 53, 10117 Berlin, vertreten durch seinen Präsidenten Herrn Dr. Uwe Tiedemann (**BTK**), und an die Deutscher Ärzteverlag GmbH, Dieselstraße 2, 50859 Köln, vertreten durch die Geschäftsführer Herrn Norbert A. Froitzheim und Herrn Jürgen Führer (**Verlag**).

Sollten Sie in Ihrem Fall eine Veröffentlichung wünschen, können Sie mit dem vorliegenden Formular die entsprechenden Einwilligungserklärungen getrennt nach Datenkategorien abgeben:

Ich, Frau/Herr

_____	_____
<b>TITEL</b>	<b>VORNAME</b>
_____	_____
<b>NACHNAME</b>	<b>GEBURTSDATUM</b>

*habe das in Anlage befindliche Informationsblatt zum Datenschutz gelesen. Mir ist bewusst, dass die Abgabe der Einwilligungserklärung freiwillig erfolgt und ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich **WILLIGE EIN**, dass die Kammer meine nachfolgend aufgelisteten Daten zu dem genannten Zweck verarbeitet (nur Zutreffendes bitte ankreuzen):*

- Geburtstage:** Titel, Vorname/n, Nachnamen, **Privat**anschrift sowie Geburtsdatum. Hinweis: Veröffentlichung ab dem 60. Geburtstag alle fünf Jahre und ab dem 80. Geburtstag jedes Jahr.
  
- Trauermeldungen:** Titel, Vorname/n, Nachnamen, **Privat**anschrift, Geburtsdatum, Sterbedatum.
  
- Fort- und Weiterbildung:** Titel, Vorname/n, Nachname, Wohnort sowie die mit Abschluss der Prüfung erlangte Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung. Hinweis: Mit Wohnort ist in der Kategorie "Fort- und Weiterbildung" nicht Ihre vollständige Anschrift gemeint, sondern nur die Stadt/der Ort, in der/dem Sie leben.
  
- Praxis-/Klinikgründung, -zulassung, -umbenennung, -übernahme, -aufgabe:** Titel, Vorname/n, Nachname/n der Praxis-/Klinikbetreiber, Praxis-/Klinikbezeichnung, Anschrift der Praxis/Klinik, Kategorie der Änderung (Gründung, Umbenennung, Übernahme, Aufgabe) und im Fall der Bezeichnung "Tierärztlichen Praxis für" und "Tierärztliche Klinik für" die Zulassung, Aberkennung oder sonstige Statusänderung.

*Ich bin informiert, dass dem vorliegenden Formular ein Informationsblatt zum Datenschutz beigelegt ist.*

---

**DATUM UND UNTERSCHRIFT DER/DES ERKLÄRENDE(n)**

**Anlage:** Informationsblatt zum Datenschutz