



# Tierärztekammer Meldebogen

Bitte gut lesbar in Druckbuchstaben oder am Computer ausfüllen

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

(Wird durch die Kammer ausgefüllt)

Kammer-Nr.

Kammer-Datum

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <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 |

- ☐ Frau  
☐ Herr  
☐ divers

akademische Titel

Amtsbezeichnung

Staatsangehörigkeit

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:  
(Dienststelle/  
Praxis/Firma)

☐ identisch mit Privatanschrift

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:** \_\_\_\_\_  
(TT/MM/JJJJ)

**tätig seit:** \_\_\_\_\_  
(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: \_\_\_\_\_

☐ Fachtierarztanerkennung  
☐ Teilgebietsbezeichnung  
☐ Zusatzbezeichnung

Datum der  
Anerkennung:

Anerkennung durch die  
Tierärztekammer:

Datum der  
Ermächtigung zur  
Weiterbildung:

☐ ☐ ☐

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ ☐ ☐

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ ☐ ☐

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ ☐ ☐

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(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

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <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 |

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**

**Doktorand/ 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):



**Tierärztekammer Nordrhein - Körperschaft des öffentlichen Rechts -**  
St. Töniser Straße 15, 47906 Kempen

**SEPA-Lastschriftmandat**  
**für *persönliche* Mitgliedsnr.**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE68ZZZ00000366278

Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer): \_\_\_\_\_

Ich ermächtige die Tierärztekammer Nordrhein, Zahlungen von unten angegebenen Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, die von der Tierärztekammer Nordrhein auf das untenstehende 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 dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_ in Druckbuchstaben

Name des Geldinstituts

\_\_\_\_\_ in Druckbuchstaben

IBAN

BIC (Swift Code)

Name des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_ in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers



**Tierärztekammer Nordrhein - Körperschaft des öffentlichen Rechts -**  
St. Töniser Straße 15, 47906 Kempen

**SEPA-Lastschriftmandat**  
**für *betriebliche* Mitgliedsnr.**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE68ZZZ00000366278

Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer): **B** \_\_\_\_\_

Ich ermächtige die Tierärztekammer Nordrhein, Zahlungen von unten angegebenen Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, die von der Tierärztekammer Nordrhein auf das untenstehende 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 dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Praxis/Klinik/Zentrum

\_\_\_\_\_ in Druckbuchstaben

Name des Geldinstituts

\_\_\_\_\_ in Druckbuchstaben

IBAN

BIC (Swift Code)

\_\_\_\_\_ in Druckbuchstaben

Name des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_ in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers und Stempel

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 ERKLÄRENDEN**

**Anlage:** Informationsblatt zum Datenschutz