

**Art der Tätigkeit
(derzeitiger Stand!)**

(wird durch die Kammer ausgefüllt)			
Landestierärztekammer Thüringen	<input type="checkbox"/> Neuzugang	<input type="checkbox"/> Abgang	
	<input type="checkbox"/> Wiederzugang	<input type="checkbox"/> Veränderung	

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Akademische Titel	Geburtsdatum	Tätigkeit	Praxis-Nr.
Nachname		Vorname		

Privatanschrift (wichtig, wird von der Kammer für die Korrespondenz benötigt)

Straße, Hausnummer, Postfach	Telefon	Telefax	E-Mail
PLZ, Ort	Kreis		

Dienstanschrift (Dienststelle/Praxis/Firma) identisch mit Privatanschrift

Straße, Hausnummer, Postfach	Telefon	Telefax	E-Mail
PLZ, Ort	Kreis		

Niedergelassene/-r (prakt.) Tierärztin/Tierarzt in Einzelpraxis

in Gemeinschaftspraxis

in Gruppenpraxis mit

mit <input type="text"/>	Rechtsform	seit
--------------------------	------------	------

Betreut werden überwiegend:

- Nutztiere
- Kleintiere
- Pferde
- Kleintiere und Pferde
- Nutztiere und Kleintiere
- Nutztiere und Pferde

sonstige

<input type="checkbox"/> Praxisassistent/-in	bei	<input style="width: 95%;" type="text"/>	seit
<input type="checkbox"/> Praxisvertreter/-in	bei	<input style="width: 95%;" type="text"/>	seit

<input type="checkbox"/> Doktorand/-in	<input type="checkbox"/>	mit Entgelt (bitte Einkommensnachweis beifügen) _____	seit
	<input type="checkbox"/>	ohne Entgelt _____	seit

<input type="checkbox"/> Beamtin/-er <input type="checkbox"/> Angestellte/-r im öffentlichen Dienst <input type="checkbox"/> Referendar/-in <input type="checkbox"/> Veterinärverwaltungsdienst <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land <input type="checkbox"/> Kreis/Gemeinde <input type="checkbox"/> Institut / Amt / Anstalt <input type="checkbox"/> Bundesamt/-institut <input type="checkbox"/> Bundesforschungsanstalt <input type="checkbox"/> Veterinär-/Landesuntersuchungsamt <input type="checkbox"/> Tiergesundheitsamt <input type="checkbox"/> Tiergesundheitsdienst <input type="checkbox"/> sonstiges Institut <input type="checkbox"/> Veterinärmedizinische Bildungsstätte <input type="checkbox"/> andere Hochschule oder Universität <input type="checkbox"/> Schlachtier- und Fleischuntersuchung <input type="checkbox"/> Bundeswehr	<input type="checkbox"/> Privatwirtschaft / Industrie <input type="checkbox"/> Pharmazeutische Industrie <input type="checkbox"/> Fleischwaren- und Lebensmittelindustrie <input type="checkbox"/> Futtermittelindustrie <input type="checkbox"/> Besamungsstation <input type="checkbox"/> Landwirtschaft <input type="checkbox"/> sonstige Industrie <input type="checkbox"/> Außendienst, auch im Kammerbereich <input type="checkbox"/> sonstige veterinärmedizinische Tätigkeit <input type="checkbox"/> im Ausland tierärztlich tätig <input type="checkbox"/> berufsfremde Tätigkeit <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">welche?</div> <input type="checkbox"/> ohne Berufsausübung <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> im Ruhestand <input type="checkbox"/> Elternzeit
---	--

<input type="checkbox"/> Nebentätigkeit / zusätzliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Schlachtier- und Fleischuntersuchung <input type="checkbox"/> Lebensmittel-Hygieneüberwachung <input type="checkbox"/> Privatwirtschaft / Industrie <input type="checkbox"/> § 7 Schweinehaltungshygieneverordnung <input type="checkbox"/> Turnierbetreuung <input type="checkbox"/> instrumentelle Besamung <input type="checkbox"/> sonstige <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;">seit</div>
---	---

Ort, Datum

Unterschrift