

Anzeige des Betriebs einer tierärztlichen Hausapotheke

Antrag auf Ermächtigung zur Ausstellung von Heimtierausweisen



Landratsamt Ebersberg

SG 34 – Veterinäramt

Eichthalstraße 5

85560 Ebersberg

A) Angaben zur tierärztlichen Hausapotheke (TÄHA)

1	Verantwortliche/r für den Betrieb der TÄHA: Name(n) und Vorname(n) des Tierarztes/ der Tierärzte		Praxisstempel	
2	Standort der TÄHA: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer Betriebsnummer der Praxis(HI-Tier):			
3	Telefon:	4		
5	Telefon mobil:	6	E-Mail / Internetadresse	
7	Praxisart:	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> Gruppenpraxis		
8	Anlass der Anzeige:	<input type="checkbox"/> Praxisgründung <input type="checkbox"/> Praxisübernahme von: <input type="checkbox"/> Änderungsanzeige (→ weiter zu Punkt F) <input type="checkbox"/> sonstiger Grund:		
9	Anzeige einer TÄHA ohne Praxistätigkeit:		<input type="checkbox"/> ausschließliche Behandlung der eigenen Tiere <input type="checkbox"/> sonstiger Grund (bitte benennen):	
10	Anzahl und Benennung der Praxisräume, in denen Arzneimittel hergestellt, geprüft, gelagert, verpackt oder in Verkehr gebracht werden (= Betriebsräume; z.B. auch Behandlungsräume):			
11	Ist beabsichtigt, Arzneimittel in einer Untereinheit der Praxis oder in anderen Betriebsräumen an einem abweichenden Standort gem. § 9 Abs. 1 TÄHAV zu lagern?		Falls ja, Anschrift der Untereinheit/des Betriebsraums:	
12	Ist der angezeigte Betriebsraum eine Untereinheit einer Praxis oder ein anderer Betriebsraum an einem abweichenden Standort gem. § 9 Abs. 1 TÄHAV?		Falls ja, Anschrift der zugehörigen Praxis:	
13	Beginn des Betriebs der TÄHA / der Betriebsräume/ der angezeigten Änderungen (Datum):			

14	Sprechstundenzeiten:	
15	Erreichbarkeit des/der Verantwortlichen der TÄHA / Anwesenheit in der Praxis (falls abweichend von den Sprechstundenzeiten):	

B) Ausrichtung der tierärztlichen Tätigkeit

16	behandelte Tierarten (bitte alle behandelten Tierarten ankreuzen)	<p>Lebensmittelliefernde Tierarten:</p> <input type="checkbox"/> Rinder <input type="checkbox"/> Schweine <input type="checkbox"/> Pferde (lebensmittelliefernd) <input type="checkbox"/> Schafe/Ziegen <input type="checkbox"/> Geflügel <input type="checkbox"/> Fische <input type="checkbox"/> lebensmittelliefernde Kaninchen <input type="checkbox"/> Sonstige (bitte benennen):
17	Anteil an lebensmittelliefernden Tieren	<p>Nicht lebensmittelliefernde Tierarten:</p> <input type="checkbox"/> Hunde/Katzen <input type="checkbox"/> kleine Heimtiere <input type="checkbox"/> Ziervögel <input type="checkbox"/> Zierfische <input type="checkbox"/> Reptilien <input type="checkbox"/> Pferde (nicht lebensmittelliefernd) <input type="checkbox"/> Sonstige (bitte nennen):
18	Leistungsspektrum (keine Mehrfachnennung)	<p>Versuchstiere:</p> <input type="checkbox"/> Ausschließliche Behandlung von Versuchstieren
17	Anteil an lebensmittelliefernden Tieren	Anteil der lebensmittelliefernden Tiere am Gesamtpatientenstamm in Prozent (bitte Schätzung angeben): %
18	Leistungsspektrum (keine Mehrfachnennung)	<input type="checkbox"/> auf einzelne Fachbereiche spezialisierte Praxis (z. B. Ophthalmologie, Klauengesundheit etc.); Angabe des Fachbereichs/der Fachbereiche: <input type="checkbox"/> breites Leistungsspektrum (z. B. „normale“ Tierarztpraxis) <input type="checkbox"/> Tierklinik
19	Fahrpraxis (keine Mehrfachnennung)	<input type="checkbox"/> keine Kundenbesuche/keine Fahrpraxis <input type="checkbox"/> regionale Fahrpraxis; Radius (bitte Schätzung angeben): bis zu km <input type="checkbox"/> überregionale Fahrpraxis; Radius (bitte Schätzung angeben): bis zu km

C) Personal

20	Tierärzte (Anzahl):	
21	Tiermedizinische Fachangestellte (Anzahl):	
22	sonstiges Personal (Anzahl):	

D) Praxisfahrzeuge

23	Praxisfahrzeuge mit Angabe der amtlichen Kennzeichen:	
----	---	--

E) Betäubungsmittel (BtM)

21	Eine BtM-Nummer wurde bei der Bundesopiumstelle beantragt für (Name Tierarzt/Tierärzte):	
22	Eine BtM-Nummer liegt bereits vor (Name Tierarzt/Tierärzte und BtM-Nummer(n)):	

F) Änderung(en)

24	<input type="checkbox"/> Betreiber-/Teilhaberwechsel (Name(n), Vorname(n) Verantwortliche(r)):
25	<input type="checkbox"/> Standortwechsel (neue Anschrift):
26	<input type="checkbox"/> Änderung Tätigkeitsbereich:
27	<input type="checkbox"/> Sonstiger Grund:

- Eine für die Ausstellung einer Bescheinigung erforderliche beglaubigte Kopie meiner Approbationsurkunde liegt diesem Schreiben bei.
- Hiermit beantrage ich die Ermächtigung zur Ausstellung von Heimtierausweisen

.....
Ort, Datum und Unterschrift des/der Anzeigenden