

Bitte senden Sie dieses Formular **vor** Abschluss eines Vertrages zur Ausbildung eine/r/s Tiermedizinischen Fachangestellten ausgefüllt an die Landestierärztekammer zurück.

## PRAXISSTRUKTUR

**Name und Sitz der Praxis:  
(Praxisstempel)**

In der Praxis tätige <b>Tierärzte</b>	<b>Vollzeit</b>	<b>Teilzeit</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit ____ Std. pro Wo.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit ____ Std. pro Wo.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit ____ Std. pro Wo.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit ____ Std. pro Wo.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit ____ Std. pro Wo.

In der Praxis tätige <b>ausgebildete Tierarzthelfer/innen / Tiermed. Fachangestellte</b>	<b>Vollzeit</b>	<b>Teilzeit</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit ____ Std. pro Wo.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit ____ Std. pro Wo.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit ____ Std. pro Wo.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit ____ Std. pro Wo.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit ____ Std. pro Wo.

In der Praxis tätige <b>Mitarbeiter ohne abgeschlossene Ausbildung als TAH oder TFA</b>	<b>Vollzeit</b>	<b>Teilzeit</b>
seit: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit ____ Std. pro Wo.
seit: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit ____ Std. pro Wo.

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_