

|                                                                                                             |                 |                          |                                                                                                                     |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Landratsamt<br>Bürgermeisteramt<br>Fax-Nr.: 07131 994-197<br><br>Eingangsstempel                            | VetA-Nr.: 08125 | <input type="checkbox"/> | <b>Neu-Antrag „amtlicher Tierarzt“,</b><br>insbes. für BSE-Probennahme<br>(HIT-Typ: 84)                             |  |
|                                                                                                             |                 | <input type="checkbox"/> | <b>Neu-Antrag „Hoftierarzt“,</b><br>z.B. BVD/BHV1-Probennahme<br>(HIT-Typ: 85)                                      |                                                                                     |
|                                                                                                             |                 | <input type="checkbox"/> | <b>Neu-Antrag „beauftragter Tierarzt“,</b><br>für Seuchenbekämpfung nach dem<br>Tiergesundheitsgesetz (HIT-Typ: 87) |                                                                                     |
| <u>Bitte zurücksenden an:</u><br>Landratsamt Heilbronn<br>Veterinäramt<br>Lerchenstr. 40<br>74072 Heilbronn |                 | <input type="checkbox"/> | <b>Antrag auf Erteilung einer weiteren<br/>Registriernummer</b>                                                     |                                                                                     |
|                                                                                                             |                 | <input type="checkbox"/> | <b>Änderungsantrag</b>                                                                                              |                                                                                     |
|                                                                                                             |                 | <input type="checkbox"/> | <b>Abmeldung</b>                                                                                                    |                                                                                     |

|                                                                                                                                                    |                                                                                                          |                                                |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>1. Postanschrift Tierarzt / Praxis:</b>                                                                                                         |                                                                                                          | ggf. vorhandene<br>Registriernummer: <b>08</b> |                                |
| Unternehmensname                                                                                                                                   |                                                                                                          | Gründungsdatum:                                | Aufgabedatum:                  |
| Name ***                                                                                                                                           | Vorname ***                                                                                              | Geburtsdatum ***                               |                                |
| Straße Hausnummer, ggf. Postfach ***                                                                                                               |                                                                                                          | PLZ Wohnort, Teilort ***                       |                                |
| *** wie im Personalausweis angegeben                                                                                                               |                                                                                                          |                                                |                                |
| E-Mail:                                                                                                                                            |                                                                                                          |                                                |                                |
| Telefon-Nr.                                                                                                                                        | Telefax-Nr.                                                                                              | Mobiltelefon-Nr.                               |                                |
| <b>2. Rechtsform (bitte nur<br/>ein Feld ankreuzen):</b>                                                                                           |                                                                                                          | ggf. vorhandene<br>Registriernummer: <b>08</b> |                                |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                           | Einzelunternehmer                                                                                        | <input type="checkbox"/>                       | Kapitalgesellschaft (AG, GmbH) |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                           | Personengesellschaft / -gemeinschaft (GbR)                                                               | <input type="checkbox"/>                       | _____                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                           | Ich bin nicht niedergelassen<br>sondern für folgendes<br>Unternehmen oder folgende<br>Institution tätig: | Name, Adresse des Unternehmens/der Institution |                                |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte in HIT die Mitbenutzerverwaltung nutzen, um Mitbenutzer meiner Praxis (z.B. Angestellte) einrichten zu können. |                                                                                                          |                                                |                                |
|                                                                                                                                                    |                                                                                                          |                                                |                                |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben sowie Kenntnisnahme der Datenschutzerklärung und Erläuterungen zum Registrierungsverfahren.

Ort, Datum

Unterschrift

**Bearbeitungsvermerke der Unteren Verwaltungsbehörde (Veterinäramt)**

|                                                                                                  |                                                   |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>1. Der Antragsteller / die Praxis ist bereits registriert oder zugelassen unter folgender</b> |                                                   | <input type="checkbox"/>   |
| Registriernummer:                                                                                | <b>08</b>                                         | Zulassungsnummer <b>08</b> |
| <b>nur Änderung der Betriebsdaten – Abgabe zur Erfassung</b>                                     |                                                   | <input type="checkbox"/>   |
| <b>2. Neben diesem Betrieb werden folgende weitere Betriebe geführt</b>                          |                                                   | <input type="checkbox"/>   |
| <b>08</b>                                                                                        | <b>08</b>                                         |                            |
| <b>08</b>                                                                                        | <b>08</b>                                         |                            |
| <b>3. Der Betrieb des Antragstellers ist noch nicht registriert:</b>                             |                                                   | <input type="checkbox"/>   |
| <b>Eingabe durch die Untere Veterinärbehörde in TuBa:</b>                                        |                                                   |                            |
| Dem Tierarzt / Betrieb wird folgende Registrier- bzw. Zulassungsnummer zugeteilt:                |                                                   |                            |
| Registriernummer:                                                                                | <b>08</b>                                         | Zulassungsnummer <b>08</b> |
| Datum                                                                                            | Stempel, Kürzel oder Unterschrift des Bearbeiters |                            |
| <b>4. WV:</b>                                                                                    |                                                   |                            |
| Datum                                                                                            | Stempel, Kürzel oder Unterschrift des Bearbeiters |                            |
| <b>5. z. d. A.</b>                                                                               |                                                   |                            |
| Datum                                                                                            | Stempel, Kürzel oder Unterschrift des Bearbeiters |                            |

**Datenschutzerklärung und Erläuterungen zum Registrierungsverfahren**

Verantwortlicher im Sinne des Datenschutzrechts ist:

das Ministerium für Ernährung, Ländlichen Raum und Verbraucherschutz Baden-Württemberg (MLR)

Hausanschrift: Kernerplatz 10, D- 70182 Stuttgart

Postanschrift: Postfach 10 34 44, 70029 Stuttgart

Tel.: +49 711/126-0

E-Mail: [poststelle@mlr.bwl.de](mailto:poststelle@mlr.bwl.de)

Den behördlichen Datenschutzbeauftragten des MLR erreichen Sie unter: [datenschutz@mlr.bwl.de](mailto:datenschutz@mlr.bwl.de)

Die Registrierung ist für die praktizierenden Tierärzte erforderlich, die amtliche Aufgaben wahrnehmen (z. B. Schlachttier- und Fleischuntersuchung, amtliche Probenahmen im Rahmen von Tiergesundheitsprogrammen wie z. B. BHV1-Bekämpfung).

Die Registrierung dient der eindeutigen Identifizierung und Zuordnung der praktizierenden Tierärzte, insbesondere in den Datenbanksystemen HIT (Herkunfts- und Informationssystem Tiere, HIT-Datenbank), im Labordatensystem des STUA Aulendorf - Diagnostikzentrum (Staatliches Tierärztliches Untersuchungsamt Aulendorf - Diagnostikzentrum) und der CVUÄ (Chemische- und Veterinäruntersuchungsämter). Die Veterinärbehörden und Untersuchungseinrichtungen benötigen für die Datenerfassung und den sicheren elektronischen Datenaustausch eine einheitliche Personenkenennung der an den Verfahren beteiligten Tierärzte. Dafür ist eine zwölfstellige Registriernummer erforderlich. Die Registrierung und Vergabe der Nummer erfolgt durch die zuständige untere Veterinärbehörde (UVB = "Veterinäramt").

Bei der Vergabe der Registriernummer erfolgt eine Zuordnung zu einem oder mehreren Betriebstypen in der HIT-Datenbank. Diese Betriebstypenzuordnung ist abhängig von den Aufgaben, die die Tierärzte wahrnehmen (Aufgaben im Rahmen der Seuchenbekämpfung, Fleischuntersuchung oder sonstige Aufgaben wie z. B. die Kennzeichnung von Equiden; die Liste mit den Betriebstypen ist im HIT abrufbar).

Für die Zuteilung einer HIT-Registriernummer melden sich die praktizierenden Tierärzte (pTÄ) bei der UVB in deren Zuständigkeitsbereich der Wohnsitz des Tierarztes liegt. Es werden grundsätzlich nur die Praxisinhaber, nicht Assistenztierärzte oder Praxisvertreter, registriert. Bei Gemeinschaftspraxen ist in der Regel für jeden Praxisteilhaber eine eigene Nummer zu vergeben. Im Bedarfsfall kann jedoch auch die Praxis gemeldet werden. Jeder Tierarzt erhält nur eine Registriernummer, unabhängig von der Anzahl der Landkreise, in denen er tätig ist. Änderungen der persönlichen Daten hat der Tierarzt der zuständigen UVB mitzuteilen, die eine Datenaktualisierung veranlasst.

Amtliche Tierärzte, die Aufgaben in der Schlachttier- und Fleischuntersuchung wahrnehmen (z. B. TSE-Probenahmen) werden mit dem Betriebstyp 84 (amtlicher Tierarzt, ALT) in der HIT-Datenbank erfasst.

Praktizierenden Tierärzten, die amtliche Tätigkeiten im Rahmen der vorbeugenden Tierseuchenbekämpfung durchführen (z. B. Entnahme von Blutproben, Durchführung von Impfungen, Kennzeichnung von Equiden) wird der Betriebstyp 85 (privater Tierarzt, PTA) in der HIT-Datenbank zugeordnet.

Praktizierende Tierärzte, die im Rahmen der Seuchenbekämpfung für die zuständige Behörde tätig werden, können in der HIT-Datenbank mit dem Betriebstyp 87 (beauftragter Tierarzt, BTA) gemeldet werden. Mit dem Betriebstyp 87 erhalten diese pTÄ mehr Kompetenzen als mit dem Betriebstyp 85 (z. B. Abrufen von Bestandsdaten ohne Einverständniserklärung des Tierhalters). Praktizierende Tierärzte erhalten jedoch nur im Tierseuchenfall den Betriebstyp 87.

Ihre personenbezogenen Daten werden daher auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchstabe c der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) verarbeitet. Zwar trifft Sie keine Rechtspflicht zur Mitteilung dieser Daten. Die zuständige Behörde wird Sie jedoch nur dann registrieren, wenn Sie die erforderlichen Daten im Antragsformular angegeben haben.

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen ein Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO) sowie ein Recht auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO) oder Löschung (Art. 17 DSGVO) oder auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) oder ein Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) zu.

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft das MLR, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten durch das MLR gegen den Datenschutz verstößt, haben Sie, unbeschadet eines anderen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs, das Recht auf Beschwerde beim Landesbeauftragten für den Datenschutz Baden-Württemberg.