



Landkreis Waldeck-Frankenberg

Anmeldung der Tätigkeit als Heilpraktiker

Wer den Beruf des Heilpraktikers selbständig ausüben will oder Angehörige des Gesundheitswesens beschäftigt oder beschäftigen will, ist verpflichtet Beginn und Ende dieser Tätigkeit innerhalb eines Monats dem zuständigen Gesundheitsamt anzuzeigen (§ 12 (1) HGöGD). Für die Anmeldung verwenden Sie bitte das nachfolgende Formular. Änderungen sind dem Gesundheitsamt unverzüglich anzuzeigen.

I. Antragsteller

Nachname:	
Geburtsname:	
Vorname/n:	
Geburtsort:	
Geburtsland:	
Geburtsdatum:	

II. Praxisanschrift

Straße und Nr.:		
PLZ, Ort:		
Telefon:	Fax:	
Homepage:	E-Mail:	

III. Berufliche Tätigkeit als Heilpraktiker (Berechtigungsnachweise bzw. Erlaubnisbescheid bitte in Kopie beilegen)

Erlaubnis am:	
Ausstellungs- behörde:	

IV. Berufsausübung

<input type="checkbox"/> selbständig mit eigener Praxis	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis
<input type="checkbox"/> Ich beschäftige in meiner Praxis keine weiteren Personen	
<input type="checkbox"/> Ich beschäftige in meiner Praxis :	
<input type="checkbox"/> Personen mit Erlaubnis nach dem HeilprG	
<input type="checkbox"/> sonstige Mitarbeiter, die mich durch folgende Tätigkeiten unterstützen (ggf. Aufstellung beilegen):	

V. Tätigkeitsspektrum

- 5.1 In der o. g. Praxis werden **keine invasiven** Tätigkeiten ausgeübt, bei denen durch Geräte oder Instrumente Erreger einer durch Blut übertragbaren Krankheit übertragen werden können.
- 5.2 In der o. g. Praxis werden die nachfolgenden **invasiven** Tätigkeiten ausgeübt.

5.2.1 Blutentnahmen/ Spritzen/ Injektionen

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Injektionen | <input type="checkbox"/> Infusionen | <input type="checkbox"/> Neuraltherapie |
| <input type="checkbox"/> klassische Eigenblutbehandlung | <input type="checkbox"/> HOT – hämatogene Oxidationstherapie | <input type="checkbox"/> Faltenunterspritzen |
| <input type="checkbox"/> Eigenblutbehandlung, Blutozonierungs- oder Blutoxygenierungsverfahren | | <input type="checkbox"/> Thymustherapie, Zelltherapie |

5.2.2 Ausleitverfahren

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aderlass | <input type="checkbox"/> Baunscheidtieren | <input type="checkbox"/> Blutegeltherapie |
| <input type="checkbox"/> unblutiges Schröpfen | <input type="checkbox"/> blutiges Schröpfen | |

5.2.3 Akupunktur

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> mit Einmalnadeln | <input type="checkbox"/> mit aufbereiteten Nadeln |
|---|---|

5.2.4 Weitere Therapieverfahren bzw. Leistungen

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Piercing | <input type="checkbox"/> Kolonhydrotherapie | <input type="checkbox"/> Balneotherapie
(Kneipp, Floating, andere) |
| <input type="checkbox"/> Entfernung von Tätowierungen, Altersflecken und Warzen, z.B. mit Laser | | |
| <input type="checkbox"/> Entfernen von Teleangiektasien durch Koagulation/ Laserepilation | | |
| <input type="checkbox"/> andere: | | |

6. Aufbereitung von Medizinprodukten

- In der o. g. Praxis werden ausschließlich Einmalmaterialien verwendet (Keine Aufbereitung).
- In der o. g. Praxis werden Medizinprodukte aufbereitet.
- Bei der Aufbereitung von Medizinprodukten werden in meiner Praxis die gesetzlichen Vorgaben (IfSG, MPG und MPBetreibV) sowie die anerkannten Regeln der Technik eingehalten (KRINKO: Anforderung an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten).

7. Anlage

Die nachgenannten Unterlagen legen Sie bitte als Anlage diesem Formular bei.

7.1 Hygieneplan inkl. Reinigungs- und Desinfektionsplan.

7.2 Grundrisszeichnungen der o. g. Praxis.

Ich versichere die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift (Praxisinhaber/ in)