

Änderung der Tätigkeit als Heilpraktiker/in

1 Antragstellende Person

Ich möchte Änderungen zu den Angaben meiner Tätigkeit mitteilen	
☐ ja ☐ nein	
Ich nehme folgende Tätigkeit war ☐ Als Heilpraktiker/in ☐ Als Heilpraktiker/in beschränkt	auf das Gebiet der ☐ Logopädie ☐ Physiotherapie ☐ Podologie ☐ Psychotherapie
Ich möchte Änderungen zu meinen Persönlichen Angaben mitteilen	
☐ ja ☐ nein	

Persönliche Angaben

Familienname	Geburtsname (bei Abweichung)	Vornamen
Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Telefon	Mobil	E-Mail

Privatanschrift

Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
--------	------------	--------------	-----

2 Angaben zur Berufsausübung

Ich möchte Änderungen zur Berufsausübung mitteilen	
☐ ja ☐ nein	
Berufsausübung	
☐ In eigener Praxis ☐ Freiberuflich ☐ Angestellt ☐ Ausschließlich Hausbesuche	
Ich möchte Änderungen zu den Angaben zur Praxis mitteilen	
☐ ja ☐ nein	

Praxisanschrift

Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Telefon		E-Mail	
Internetadresse			
Die Praxis wird allein betrieben			
☐ ja ☐ nein			

Weitere/r Inhaber/in der Praxis 1

Familienname	Vornamen
--------------	----------

Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
--------	------------	--------------	-----

Weitere/r Inhaber/in der Praxis 2

Familiennamen		Vornamen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Weitere/r Inhaber/in der Praxis 3

Familiennamen		Vornamen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Weitere/r Inhaber/in der Praxis 4

Familiennamen		Vornamen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Weitere/r Inhaber/in der Praxis 5

Familiennamen		Vornamen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort

3 Erklärung

Ich möchte Änderungen zu den Angaben der heilkundlichen Verfahren mitteilen
☐ ja ☐ nein

Angewandten heilkundlichen Verfahren

Therapieangebote
☐ 1) Ich führe keine invasiven Methoden durch (keine Verletzung des menschlichen Körpers zum Beispiel durch Nadeln, Schnitte etc.)
☐ 2) Ich biete folgende Therapien an

A – Blutentnahmen/Spritzen/Injektionen/Akupunktur

☐ Injektionen	☐ Infusionen	☐ Akupunktur	☐ Faltenunterspritzung
☐ Neuraltherapie	☐ Ultra-Violett-Bestrahlung des Blutes	☐ Eigenbluttherapie	☐ HOT – Hämatogene Oxidationstherapie
☐ sonstige Blutozonierungs- oder -oxygenierungsverfahren:		Welche?	

B – Ausleitverfahren

☐ Aderlass	☐ Blutegeltherapie	☐ blutiges Schröpfen	☐ Baunscheidtieren
☐ Sonstige		Welche?	

C – Weitere Therapieverfahren bzw. Leistungen

☐ Piercing

☐ Kolontherapie

☐ Balneotherapie (Kneipp, Floating, andere)

☐ Entfernung von Tätowierungen, Altersflecken und Warzen, zum Beispiel mit Laser, IPL

☐ Entfernung von Teleangiektasien durch Koagulation/Laserepilation

D Weitere invasive Maßnahmen

Ich möchte Änderungen zu den Angaben zur Beschäftigungen mitteilen

☐ ja ☐ nein

3) Ich beschäftige

☐ in meiner Praxis keine weiteren Personen

☐ Personen mit Erlaubnis nach dem HeilprG

☐ Personen mit Erlaubnis nach dem HeilprG eingeschränkt

auf dem Gebiet

☐ Logopädie

☐ Physiotherapie

☐ Podologie

☐ Psychotherapie

☐ sonstige Mitarbeiter/innen

mit folgenden Tätigkeiten:

Die mitgeteilten Änderungen gelten ab