



**Landratsamt Eichstätt**

Gesundheitswesen  
Grabmannstr. 2  
85072 Eichstätt  
Tel: 08421 / 70-444 Fax: 08421 / 70-10444

## Meldebogen für Heilpraktiker/ innen

(Meldepflicht gemäß Art.10 Gesundheitsdienstgesetz GDG)

### Antragsteller / in:

Nachname	Vornamen	Geburtsnamen
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Anschrift(Straße,Hausnummer)		Wohnort(PLZ,Ort)
E-Mail	Tel. tagsüber	Fax

### Beruf / Tätigkeit

Bezeichnung		
Erlaubnis vom		
Ausstellungsbehörde		
<b>Berechnigungsnachweise bzw. Erlaubnisurkunde bitte in amtlicher beglaubigter Kopie beilegen</b>		
tätig ab		
Praxisanschrift(Straße,HsNr.)		(PLZ,Ort)
E-Mail	Tel. tagsüber	Fax
Praxissprechzeiten		

**Bitte legen Sie einen Nachweis über eine angemessene Haftpflichtversicherung bei (Kopie aktuellen Versicherungsschein Art. 10 GDG)**

Im Rahmen meiner Meldepflicht gemäß Art. 10 gebe ich folgende Erklärung ab:

1.  Ich führe in meiner Praxis keine invasiven Methoden durch( keine Verletzung des menschlichen Körpers z.B. durch Nadeln, Schnitte, etc.)

2.  Ich führe in meiner Praxis folgende Methoden durch

**A) Blutentnahmen / Spritzen / Injektionen**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Injektionen   | <input type="checkbox"/> Infusionen                        |
| <input type="checkbox"/> Neuraltherapie  | <input type="checkbox"/> klassische Eigenblutbehandlung    |
| <input type="checkbox"/> UV-Licht-aktivierte Eigenbluttherapie                           | <input type="checkbox"/> HOT-hämatogene Oxidationstherapie |
| <input type="checkbox"/> Ultra-Violette-Bestrahlung des Blutes                           |  |
| <input type="checkbox"/> sonstige Blutozonierungsverfahren oder -oxygenierungsverfahren: |  |

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Thymustherapie, Zelltherapie | <input type="checkbox"/> Faltenunterspritzung |
|---|---|

**B) Ausleitverfahren**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aderlass         | <input type="checkbox"/> Bluteigeltherapie  |
| <input type="checkbox"/> Schröpfen        | <input type="checkbox"/> Blutiges Schröpfen |
| <input type="checkbox"/> Baunscheidtieren |   |

**C) Akupunktur (verschiedene Verfahren)**

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

**D) 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"/> Entfernung von Teleangiektasien durch Koagulation / Laserepilation     |   |

3.  Ich verwende ausschließlich Einmalmaterial (keine Wiederaufbereitung)

4.  Ich bereite folgende Instrumente /Geräte auf

5.  Ich beschäftige in meiner Praxis keine weiteren Personen

- Ich beschäftige
- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Personen mit Erlaubnis nach dem HeilprG   |
| <input type="checkbox"/> Personen mit Erlaubnis nach dem HeilprG eingeschränkt auf dem Gebiet der Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> sonstige Mitarbeiter, die mich durch folgende Tätigkeit unterstützen                    |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorstehenden Angaben Und dass ich die Datenschutzhinweise zu Antrag gelesen und zur Kenntnis genommen habe.

---

Ort, Datum, Unterschrift