



Landratsamt Eichstätt - Gesundheitsamt -

Grabmannstr. 2, 85072 Eichstätt - Tel. 08421/70-0, FAX: 08421/70-532

Meldebogen für Heilpraktiker/innen (Meldepflicht gemäß Art. 12 Abs. 2 und Abs. 3 Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz - GDVG)

Antragsteller/in:

Bitte leserlich ausfüllen!

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

Beruf / Tätigkeit

Bezeichnung		
Erlaubnis vom	Ausstellungsbehörde	
Berechtigungsnachweise bzw. Erlaubnisurkunde bitte in amtlich <u>beglaubigter Kopie</u> beilegen		
tätig ab		
Praxisanschrift (Straße, Hausnummer)		Praxisanschrift (PLZ, Ort)
E-Mail	Tel. tagsüber	Fax
Praxisprechzeiten		

Bitte legen Sie einen Nachweis über eine angemessene Haftpflichtversicherung bei
(Kopie aktueller Versicherungsschein Art. 12 Abs. 3 GDVG)

Im Rahmen meiner Meldepflicht gemäß Art. 12 Abs. 2 u. 3 GDPR 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-hämato gene Oxidationstherapie |
| <input type="checkbox"/> Ultra-Violett-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"/> Blutegeltherapie |
| <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 | |

E) Sonstige invasive Maßnahmen

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 Tätigkeiten unterstützen |

Ort	Datum	Unterschrift
------------	--------------	---------------------

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

Datum, Unterschrift