



Landratsamt Eichstätt

Gesundheitswesen
Gundekarstr. 3
85072 Eichstätt
Tel: 08421 / 70-2500
Fax: 08421 / 70-2505

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		
Berechtigungsnachweise bzw. Erlaubnisurkunde bitte in amtlicher beglaubigter Kopie beilegen		
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"/> 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 | |

3. Ich verwende ausschließlich Einmalmaterial (keine Wiederaufbereitung)

4. Ich bereite folgende Instrumente /Geräte auf

5. Ich beschäftige in meiner Praxis keine Weitem 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