

Antrag auf Erteilung der Heilpraktikererlaubnis

- allgemein**
 beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie
 beschränkt auf das Gebiet des Heilhilfsberufes:

(Berufsbezeichnung)

Landratsamt Schweinfurt
Gesundheitsamt (SG 22)
Schrammstraße 1
97421 Schweinfurt

| | | | | | | | |
|---|--|--------------|--|---|--|--|--|
| Anlagen: <input type="checkbox"/> Lebenslauf <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde (Nachweis über Vollendung des 25. Lebensjahres) <input type="checkbox"/> Führungszeugnis für Behörden, Belegart „O“ nach § 30 Abs. 5 BZRG (nicht älter als 3 Monate, zu beantragen bei der Wohnort-Meldebehörde) | | | | <input type="checkbox"/> Nachweis darüber, dass mindestens die Volks- oder Hauptschule erfolgreich abgeschlossen wurde (Original oder beglaubigte Abschrift) <input type="checkbox"/> ärztliches Zeugnis über die gesundheitliche Eignung zur Ausübung der Heilpraktikertätigkeit (nicht älter als 3 Monate/ Original oder beglaubigte Abschrift) <input type="checkbox"/> Staatliche Erlaubnisurkunde zur Führung der Berufsbezeichnung: (Original oder beglaubigte Abschrift) | | | |
| Antragsteller/in: | | | | | | | |
| <i>(Name, Vorname, auch Geburtsname falls abweichend)</i> | | | | | | | |
| Geburtsdatum: | | Geburtsort: | | Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> | | | |
| Adresse: | | | | | | | |
| <i>(PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer)</i> | | | | | | | |
| <i>(Telefon)</i> | | <i>(Fax)</i> | | <i>(Mobiltelefon)</i> | | | |
| | | | | <i>(E-Mail)</i> | | | |
| Zur Abklärung des Anwendungsbereiches des HeilprG: Haben Sie bereits eine Approbation als Arzt/ Ärztin nach § 3 Bundesärzteordnung oder eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes nach § 10 Bundesärzteordnung erhalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | | | |
| Bei Antragstellern ohne deutsche Staatsangehörigkeit: Ich besitze eine <input type="checkbox"/> Aufenthaltsberechtigung <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbewilligung <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbefugnis gültig bis: | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Passkopie bitte beifügen! <i>(Nur die Seiten mit den Personaldaten des Passinhabers und mit der Aufenthaltsgenehmigung) bzw. Kopie des EU-Ausweises</i> | | | | | | | |
| Hiermit stelle ich den Antrag auf Erteilung der Heilpraktikererlaubnis da ich beabsichtige, im Bereich des Landkreises Schweinfurt eine Tätigkeit als <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in, beschränkt auf das Teilgebiet auszuüben. | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ich habe bisher noch bei keiner Behörde eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz beantragt. | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ich habe schon einmal eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz beantragt, und zwar bei: <i>(Behörde, Anschrift)</i> | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren läuft nicht gegen mich. | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren läuft gegen mich bei: <i>(Behörde, Anschrift)</i> | | | | | | | |

Ort, Datum Unterschrift:.....