

Anmeldung selbständiger Tätigkeit gesetzlich geregelter Heilberufe (Art. 10. Abs. 3 GDG)



An das
Landratsamt Deggendorf
 Sachgebiet Gesundheitswesen
 Außenstelle
 Pater-Fink-Str. 8

Angaben zur Person

Nachname		Geburtsname (bei Abweichung)	
Vorname (Rufname bitte in Großbuchstaben)			
Geburtsort		Geburtsland	
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit	
Wohnort: Straße, Hausnummer		Wohnort: PLZ, Ort	
Telefon	Fax	Handy	
E-Mail			

Tätigkeit

Berufsbezeichnung			
Erlaubnis am		Ausstellungsbehörde	
Berechtigungsnachweise bzw. Erlaubnisurkunde bitte <u>im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie</u>			
Nachweis einer angemessenen Haftpflichtversicherung beilegen			
tätig ab			
Praxisanschrift: (Straße, Hausnummer)		Praxisanschrift: (PLZ, Ort)	
Telefon	Fax	Handy	
E-Mail		Internet-Adresse	
Praxissprechzeiten:			

Erklärung

1. <input type="checkbox"/> Ich führe in meiner Praxis keine invasiven Methoden durch (keine Verletzung des menschlichen Körpers z.B. durch Nadeln, Schnitte, etc.)		
2. <input type="checkbox"/> 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-Violett-Bestrahlung des Blutes		
<input type="checkbox"/> sonstige Blutzonierungsverfahren oder -oxygenisierungsverfahren:		
<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. <input type="checkbox"/> Ich verwende ausschließlich Einmalmaterial (keine Wiederaufbereitung)		
4. <input type="checkbox"/> Ich bereite folgende Instrumente / Geräte auf:		
5. <input type="checkbox"/> Ich beschäftige in meiner Praxis keine weiteren Personen		
6. <input type="checkbox"/> 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/innen, die mich durch folgende Tätigkeiten unterstützen:		

Ort, Datum

Unterschrift