

## Anmeldung

### selbständige Tätigkeit gesetzlich geregelter Heilberufe nach § 14 Abs. 1 ÖGDG

(für Ergotherapeut/in, Diätassistent/in, Hebamme/Entbindungspfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Logpäden/innen, Physiotherapeut/in, Orthopist/in, Rettungsassistent/in, Podologen/innen, Altenpfleger/in)

Kreisverwaltung Kusel  
Abteilung 3 – Gesundheitswesen  
Trierer Straße 49-51  
66869 Kusel

Ansprechpartner für Rückfragen:

**Frau Diehl**

Telefon: 06381/424-310

E-Mail: gesundheitsamt@kv-kus.de

### Antragssteller/in

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsname (bei Abweichung): \_\_\_\_\_

Vorname/n (Rufname bitte in Großbuchstaben): \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_

Wohnort: Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Wohnort: PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Tätigkeit

Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Erlaubnis am: \_\_\_\_\_

Ausstellungsbehörde: \_\_\_\_\_

**Berechtigungsnachweise bzw. Erlaubnisurkunde bitte in Kopie beilegen**

### Berufsausübung

selbständig mit eigener Praxis

selbständig ohne eigene Praxis

freiberuflich

als: \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_

Tätigkeitsort: Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Tätigkeitsort: PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

Betreiben Sie die Praxis alleine:  ja  nein  
Es handelt sich um eine  Gemeinschaftspraxis  Praxisgemeinschaft

Inhaber der Praxis: Nachname \_\_\_\_\_

Inhaber der Praxis: Vorname \_\_\_\_\_

Inhaber der Praxis: Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Inhaber der Praxis: PLZ, Ort \_\_\_\_\_

- Ich beschäftige in meiner Praxis keine weiteren Personen  
 Ich beschäftige in meiner Praxis  
 Personen gesetzlich geregelter Heilberufe (ggf. Aufstellung beilegen)  
 sonstige Mitarbeiter, die mich durch folgende Tätigkeiten unterstützen  
(ggf. Aufstellung beilegen): \_\_\_\_\_

**Eigene Angaben / Anmerkungen:**

### Erklärung nach dem Infektionsschutzgesetz:

1.  Ich übe in meiner Praxis keine Tätigkeit aus, bei der durch Geräte oder Instrumente Erreger einer durch Blut übertragbaren Krankheit übertragen werden können.

2.  Ich führe in meiner Praxis folgende invasiven Maßnahmen durch:

A) Blutentnahme / Spritzen / Injektionen

Injektionen

Neuraltherapie

Infusionen

klassische Eigenblutbehandlung

B) Ausleitverfahren

Aderlass

unblutiges Schröpfen

Blutegeltherapie

blutiges Schröpfen

C) Akupunktur (verschieden Verfahren)

mit Einmalnadeln

mit aufbereiteten Nadeln

D) Sonstige invasive Maßnahmen

---

---

E) Weitere Therapieverfahren bzw. Leistungen

Piercing

Kolonhydrotherapie

Balneotherapie

3.  Ich verwende als Medizinprodukte ausschließlich Einmalmaterial (keine Wiederaufbereitung).

4.  Ich bereite folgende Instrumente / Geräte auf: (ggf. Aufstellung beilegen)

5.  Ich halte bei der Aufbereitung von Medizinprodukten die gesetzlichen Vorschriften (IfSG, MPG, MPBetreibV) und die anerkannten Regeln der Technik ein („Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut)

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift