

# Anmeldung der Tätigkeit als Heilpraktiker nach § 14 Abs. 1 ÖGdG

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: \_\_\_\_\_

## Berufliche Tätigkeit als Heilpraktiker

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

Ausstellungsbehörde: \_\_\_\_\_

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

## Berufsausübung

selbständig mit eigener Praxis  
 freiberuflich

selbstständig ohne eigene Praxis

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

Praxisanschrift: Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: 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 mit Erlaubnis nach dem HeilprG
  - Personen mit Erlaubnis nach dem HeilprG, eingeschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie bzw. das Gebiet der Physiotherapie
  - 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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Injektionen   | <input type="checkbox"/> Infusionen                     |
| <input type="checkbox"/> Neuraltherapie  | <input type="checkbox"/> klassische Eigenblutbehandlung |
| <input type="checkbox"/> HOT – hämatogene Oxidationstherapie   |   |
| <input type="checkbox"/> sonstige Eigenblutbehandlungen, Blutozonierungs- oder -oxygenerierungsverfahren |   |
| <input type="checkbox"/> Thymustherapie, Zelltherapie  | <input type="checkbox"/> Faltenunterspritzung           |

B) Ausleitverfahren

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aderlass             | <input type="checkbox"/> Blutegeltherapie   |
| <input type="checkbox"/> unblutiges Schröpfen | <input type="checkbox"/> blutiges Schröpfen |
| <input type="checkbox"/> Baunscheidtieren     |   |

C) Akupunktur (verschieden Verfahren)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> mit Einmalnadeln | <input type="checkbox"/> mit aufbereiteten Nadeln |
|---|---|

D) Sonstige invasive Maßnahmen

---

---

E) Weitere Therapieverfahren bzw. Leistungen

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Piercing   | <input type="checkbox"/> Kolonhydrotherapie | <input type="checkbox"/> Balneotherapie |
| <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 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 \_\_\_\_\_

<p>Praxisstempel</p> <hr/> <p>Unterschrift</p>
--