



Anmeldung der Tätigkeit als Heilpraktiker nach Art. 12 GDVG

Landratsamt Erding
Fachbereich 51 - Gesundheitswesen
Lange Zeile 10
85435 Erding

Ansprechpartnerin für Rückfragen:

Frau Seuß
Telefon: 08122 58-1430

Antragsteller/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 in abhängiger Stellung

ab: _____
Praxisanschrift: Straße und Hausnummer _____
Praxisanschrift: PLZ, Ort _____
Telefon: _____ Fax: _____
Handy: _____ E-Mail: _____
Internetadresse: _____

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
 sonstige Mitarbeiter, die mich durch folgende Tätigkeiten unterstützen (ggf. Aufstellung beilegen)

Erklärung nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) und der Hygiene-Verordnung (HygV):

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 invasive 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"/> HOT - hämatogene Oxidationstherapie | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Eigenblutbehandlungen, Blutozonierungs- oder -oxygenierungsverfahren | |
| <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 (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. Ich verwende ausschließlich Einmalmaterial (keine Wiederaufbereitung)

4. Ich bereite folgende Instrumente / Geräte auf:

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*" *Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut*; Bundesgesundheitsblatt 2001 44:1115 ff.; www.rki.de)

6. **Existiert in Ihrer Praxis ein Hygieneplan nach § 36 IfSG?**

- ja (bitte beilegen) nein

Ort _____ Datum _____

Unterschrift