

L.Sieling@minden-luebbecke.de

Kreis Minden-Lübbecke
Gesundheitsamt
53.1 Verwaltung
z.Hd. Frau Sieling
Portastraße 13
32423 Minden



Anmeldung der Tätigkeit als Heilpraktikerin/Heilpraktiker nach § 1a GBerG in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Nr. 6 ÖGDG NRW

Personalien

Name, Vorname:
Geburtsname (bei Abweichung):
Geboren am:
Geburtsort:
Telefon:
E-Mail-Adresse:
Privatanschrift:
Straße und Hausnummer:
Postleitzahl, Ort:

Berufliche Tätigkeit als Heilpraktikerin/Heilpraktiker

Erlaubnis erteilt am:
Ausstellungsbehörde:

Berechtigungsnachweise
bzw. Erlaubnisurkunde bitte
in Kopie beilegen.

Berufsausübung:

☐ Selbstständig
in eigener Praxis

☐ freiberuflich

☐ angestellt

Tätigkeitsbeginn:

Praxisanschrift:

Straße und Hausnummer:
Postleitzahl, Ort:
Telefon:
E-Mail-Adresse:
Internetadresse:
Inhaberin/Inhaber der Praxis:
Familienname, Vorname:

Die Praxis wird alleine betrieben: ☐ ja ☐ nein

Erklärung

- ☐ 1) Ich führe keine invasiven Methoden durch
(keine Verletzung des menschlichen Körpers zum Beispiel durch Nadeln, Schnitte etc.)
- ☐ 2) Ich biete folgende Therapien an:

A – Blutentnahmen/Spritzen/Injektionen/Akupunktur

- ☐ Injektionen ☐ Infusionen ☐ Akupunktur ☐ Faltenunterspritzung
- ☐ Neuraltherapie ☐ klassische Eigenblutbehandlung
- ☐ UV-Licht – aktivierte Eigenbluttherapie ☐ Ultra-Violett-Bestrahlung des Blutes
- ☐ HOT – Hämatogene Oxidationstherapie ☐ Thymustherapie, Zelltherapie
- ☐ sonstige Blutozonierungs- oder -oxygenierungsverfahren:
-

B – Ausleitverfahren

- ☐ Aderlass ☐ Blutegeltherapie ☐ unblutiges Schröpfen ☐ blutiges Schröpfen
- ☐ Baunscheidtieren

C – Weitere Therapieverfahren bzw. Leistungen

- ☐ Piercing ☐ Kolontherapie ☐ Balneotherapie (Kneipp, Floating, andere)
- ☐ Entfernung von Tätowierungen, Altersflecken und Warzen, zum Beispiel mit Laser, IPL
- ☐ Entfernung von Teleangiektasien durch Koagulation/Laserepilation

D – Weitere invasive Maßnahmen

3) Sonstige Therapieangebote

4) Mitarbeiter

- ☐ Ich beschäftige in meiner Praxis keine weiteren Personen
- ☐ Ich beschäftige in meiner Praxis weitere Personen
Eine **Aufstellung** meiner Mitarbeiter sowie deren **Kopien der Berufsurkunden** füge ich dieser Tätigkeitsanzeige bei.

Ort, Datum:

Unterschrift: _____

Bitte senden Sie diese Anmeldung **im Original** und die genannten Nachweise an die angegebene Postanschrift oder elektronisch per Mail an LSieling@minden-luebbecke.de.