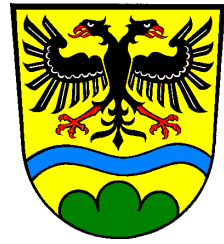


Anmeldung selbständiger Tätigkeit gesetzlich geregelter Heilberufe (Art. 10. Abs. 3 GDG)



An das
Landratsamt Deggendorf
 Gesundheitsamt
 Pater-Fink-Straße 8
 94469 Deggendorf

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 in <u>beglaubigter Kopie</u> beilegen		
Nachweis einer angemessenen Haftpflichtversicherung beilegen		
tätig ab		
Praxisanschrift: (Straße, Hausnummer)		Praxisanschrift: (PLZ, Ort)
Telefon	Fax	Handy
E-Mail	Internet-Adresse	
Praxisprechzeiten:		

Erklärung

1. ☐ Ich führe in meiner Praxis keine invasiven Methoden durch (keine Verletzung des menschlichen Körpers z.B. durch Nadeln, Schnitte, etc.)		
2. ☐ Ich führe in meiner Praxis folgende Methoden durch:		
A) Blutentnahmen / Spritzen / Injektionen		
☐ Injektionen	☐ Infusionen	
☐ Neuraltherapie	☐ klassische Eigenblutbehandlung	
☐ UV-Licht – aktivierte Eigenbluttherapie	☐ HOT-hämatogene Oxidationstherapie	
☐ Ultra-Violett-Bestrahlung des Blutes		
☐ sonstige Blutzonierungsverfahren oder -oxygenisierungsverfahren:		
☐ Thymustherapie, Zelltherapie	☐ Faltenunterspritzung	
B) Ausleitverfahren		
☐ Aderlass	☐ Blutegeltherapie	
☐ Schröpfen	☐ Blutiges Schröpfen	
☐ Baunscheidtieren		
C) Akupunktur (verschiedene Verfahren)		
☐ mit Einmalnadeln	☐ mit aufbereiteten Nadeln	
D) Weitere Therapieverfahren bzw. Leistungen		
☐ Piercing	☐ Kolonhydrotherapie	☐ Balneotherapie (Kneipp, Floating, andere)
☐ Entfernung von Tätowierungen, Altersflecken und Warzen, z.B. mit Laser		
☐ 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 beschäftige in meiner Praxis keine weiteren Personen		
6. ☐ Ich beschäftige		
☐ Personen mit Erlaubnis nach dem HeilprG,		
☐ Personen mit Erlaubnis nach dem HeilprG eingeschränkt auf dem Gebiet der Psychotherapie		
☐ sonstige Mitarbeiter/innen, die mich durch folgende Tätigkeiten unterstützen:		
7. ☐ Ich besitze einen Hygieneplan nach § 23 IfSG.		

Ort, Datum

Unterschrift