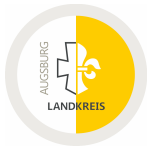


Meldebogen für Heilpraktiker / Erklärung (Art. 12 Abs. 3 GdVG)



An das
Landratsamt Augsburg
Fachbereich 42
Staatliches Gesundheitsamt
Prinzregentenplatz 4
86150 Augsburg

Posteingang:

Angaben zur Person

Nachname		Geburtsname (bei Abweichung)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Vorname/n (Rufname bitte in Großbuchstaben)			
<input type="text"/>			
Geburtsort		Geburtsland	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Wohnort: Straße, Hausnummer		Wohnort: PLZ, Ort	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Telefon	Fax	Handy	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-Mail			
<input type="text"/>			

Beruf / Tätigkeit

Bezeichnung	
<input type="text"/>	
Erlaubnis am	Ausstellungsbehörde
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Berechtigungsnachweise bzw. Erlaubnisurkunde bitte in beglaubigter Kopie beilegen

Nachweis einer angemessenen Haftpflichtversicherung beilegen

tätig ab		
<input type="text"/>		
Praxisanschrift: (Straße, Hausnummer)	Praxisanschrift: (PLZ, Ort)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon	Fax	Handy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	Internet-Adresse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Praxisprechzeiten		
<input type="text"/>		

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

<input type="checkbox"/> Injektionen	<input type="checkbox"/> Infusionen
<input type="checkbox"/> Neuraltherapie	<input type="checkbox"/> klassische Eigenblutbehandlung
<input type="checkbox"/> UV-Licht - aktivierte Eigenbluttherapie	<input type="checkbox"/> HOT-hämato gene Oxidationstherapie
<input type="checkbox"/> Ultra-Violett-Bestrahlung des Blutes	
<input type="checkbox"/> sonstige Blutzonierungsverfahren oder -oxygenierungsverfahren:	

<input type="checkbox"/> Thymustherapie, Zelltherapie	<input type="checkbox"/> Faltenunterspritzung
---	---

B) Ausleitverfahren

<input type="checkbox"/> Aderlass	<input type="checkbox"/> Blutegeltherapie
<input type="checkbox"/> 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 beschäftige in meiner Praxis keine weiteren Personen

<input type="checkbox"/> Ich beschäftige	<input type="checkbox"/> Personen mit Erlaubnis nach dem HeilprG
	<input type="checkbox"/> Personen mit Erlaubnis nach dem HeilprG eingeschränkt auf dem Gebiet der Psychotherapie
	<input type="checkbox"/> sonstige Mitarbeiter, die mich durch folgende Tätigkeiten unterstützen:

Ort, Datum _____

Unterschrift _____