

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



An das
Landratsamt Augsburg
Fachbereich 20
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

Injektionen

Infusionen

Neuraltherapie

klassische Eigenblutbehandlung

UV-Licht - aktivierte Eigenbluttherapie

HOT-hämatogene Oxidationstherapie

Ultra-Violett-Bestrahlung des Blutes

sonstige Blutzonierungsverfahren oder -oxygenierungsverfahren:

Thymustherapie, Zelltherapie

Faltenunterspritzung

B) Ausleitverfahren

Aderlass

Blutegeltherapie

Schröpfen

Blutiges Schröpfen

Bauscheidtieren

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

Ich beschäftige Personen mit Erlaubnis nach dem HeilprG

Personen mit Erlaubnis nach dem HeilprG eingeschränkt auf dem Gebiet der Psychotherapie

sonstige Mitarbeiter, die mich durch folgende Tätigkeiten unterstützen:

Ort, Datum

Unterschrift