

Landratsamt Mühldorf a. Inn
- Gesundheitsamt -
Töginger Str. 18
84453 Mühldorf a. Inn

Meldebogen für Heilpraktiker/Erklärung

Antragsteller/in

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!	Nachname		Geburtsname (bei Abweichung)	
	Vorname/n (Rufname bitte in Großbuchstaben)			
	Geburtsort		Geburtsland	
	Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit	
	Wohnort: Straße Hausnummer		Wohnort: PLZ Ort	
	Telefon	Fax		Handy
	E-Mail			

Beruf/Tätigkeit

Bezeichnung			
Erlaubnis am		Ausstellungsbehörde	
Berechtigungsnachweise bzw. Erlaubnisurkunde bitte in <u>beglaubigter Kopie</u> beilegen			
tätig ab			
Praxisanschrift: Straße Hausnummer		Praxisanschrift: PLZ Ort	
Telefon	Fax		Handy
E-Mail		Internet-Adresse	
Praxisprechzeiten			

Erklärung

1. <input type="checkbox"/> Ich führe in meiner Praxis keine invasiven Methoden durch (keine Verletzung des menschlichen Körpers z.B. durch Nadeln, Schnitte, etc.)		
2. <input type="checkbox"/> 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-hämatogene Oxidationstherapie	
<input type="checkbox"/> Ultra-Violett-Bestrahlung des Blutes		
<input type="checkbox"/> sonstige Blutozonierungsverfahren 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. <input type="checkbox"/> Ich verwende ausschließlich Einmalmaterial (keine Wiederaufbereitung)		
4. <input type="checkbox"/> Ich bereite folgende Instrumente/Geräte auf		
5. <input type="checkbox"/> 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