

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 betreibe einen Sterilisator <input type="checkbox"/> validiert		
<input type="checkbox"/> nicht validiert.		

6. Räumliche Bedingungen:

externe Praxisräume
Straße, Ort: _____

Räume in eigener Wohnung
Beschreibung: _____

Sonstiges: _____

7. 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