

**Anzeige über die Niederlassung eines Heilpraktikers**

Absender

(Praxisanschrift)

An das   
Landratsamt Haßberge  
FB 25.2 Gesundheitsamt   
Am Herrenhof 1  
97437 Haßfurt

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anzeige über | | | | | |
| **Beginn** | **Beendigung** | | | **Änderung** | |
| der Tätigkeit | | | | | |
| als | | ab | | | |
| **Anlage: 1 Kopie des Erlaubnisbescheides**  **1 Nachweis über das Bestehen einer angemessenen Haftpflichtversicherung** | | | | | |
| Name, Vorname (auch Geburtsname, falls abweichend) | | | | | |
| Geburtsdatum | Berufsbezeichnung(en) | | | | |
| Telefon (Praxis) | Fax (Praxis) | | | | E-Mail (Praxis) |
| Datum der Erlaubnis | Behörde/Stelle, die die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung erteilt hat | | | | |
| Wohnanschrift *– falls abweichend* (Straße, Hausnr., PLZ, Ort) | | | | | |
| Telefon *– falls abweichend* | | E-Mail *– falls abweichend* | | | |
| Sprachkenntnisse: | | | | | |
| Ich behandle auch in: | | | | | |
| **Im Rahmen meiner Meldepflicht gemäß Art. 12 Abs. 2 und 3 GDVG gebe ich folgende Erklärung ab:**  Ich führe in meiner Praxis keine invasiven Methoden durch (keine Verletzung des menschlichen Körpers z.B. durch Nadeln, Schnitte etc.).  Ich führe in meiner Praxis folgende Methoden durch: | | | | | |
| 1. **Blutentnahmen / Spritzen / Injektionen** | | | | | |
| Injektionen  Neuraltherapie  UV-Licht-aktivierte Eigenbluttherapie  Ultra-Violett-Bestrahlung des Blutes  Thymustherapie, Zelltherapie | | | Infusionen  klassische Eigenblutbehandlung  HOT-hämatogene Oxidationstherapie  Faltenunterspritzung  sonstige Blutozonierungsverfahren oder  -oxygenierungsverfahren: | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Ausleitverfahren** | | | |
| Aderlass | Blutegeltherapie | | Baunscheidtieren |
| Schröpfen | Blutiges Schröpfen | |  |
|  |  | |  |
| 1. **Akupunktur (verschiedene Verfahren)** | | | |
| mit Einmalnadeln | mit aufbereiteten Nadeln | |  |
|  |  | |  |
| 1. **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 | | | |
|  | | | |
| 1. **Sonstige invasive Maßnahmen:** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Ich verwende ausschließlich Einmalmaterial (keine Wiederaufbereitung) | | | |
|  | | | |
| Ich bereite folgende Instrumente/Geräte auf: | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Wenn ja: | | | |
| Ich halte bei der Aufbereitung von Medizinprodukten die gesetzlichen Vorschriften (IfSG, MPG, MPBetreibV) und die anerkannten Regeln der Technik ein („Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention bei Robert-Koch-Institut; Bundesgesund-heitsblatt 2012, 55:1244-1310; www.rki.de) | | | |
|  | | | |
| **Liegt ein Hygieneplan vor:** | ja | | nein |
|  | | | |
| 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 | | | |
| Sonstige Mitarbeiter, die mich durch folgende Tätigkeiten unterstützen: | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **Hinweise zum Datenschutz und Ihren Rechten (Art. 13 ff. DSGVO) finden Sie auf dem Informationsblatt zur Datenverarbeitung in der Arbeitsgruppe Gesundheitsrecht auf** [**www.hassberge.de**](http://www.hassberge.de) **unter der Rubrik Heilpraktiker.** | | | |
| Ort, Datum | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Unterschrift | |