

Kreis Minden-Lübbecke
Gesundheitsamt
53.1-Verwaltung / Frau Sieling
Portastraße 13
32423 Minden

Anmeldung der Aufnahme bzw. Beendigung einer Tätigkeit nach § 1a GBerG (Gesundheitsfachberufegesetz NRW) - Praxisanmeldung Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker

Hinweis:

Bitte die Erlaubnisurkunde im Original sowie eine einfache Kopie des Personalausweises beifügen.

Was wird beantragt?

- ☐ Anmeldung Tätigkeit
☐ Abmeldung Tätigkeit ¹⁾
☐ Ummeldung Tätigkeit ¹⁾
☐ Anzeige „Mitarbeiter Änderung“ ^{1) 2)}

ab dem (Datum angeben) _____

¹⁾ Bitte nur die Felder Personalien und Praxisanschrift auszufüllen.

²⁾ Bitte die Anlage „Angestellte Mitarbeitende in Gesundheitsfachberufen“ ausfüllen.

Tätigkeit als

- ☐ Heilpraktikerin / Heilpraktiker allgemein
☐ Heilpraktikerin / Heilpraktiker beschränkt auf _____

Personalien

Name		Vorname		Namenszusatz
Geburtsdatum		Geburtsort		Geburtsname
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Ort	
Telefon		E-Mail-Adresse		

Praxisanschrift:

Praxisname		
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Telefon	E-Mail-Adresse	
Nur bei Ummeldung (Praxisname alt)	Praxisanschrift alt	

Die Berufsausübung erfolgt

- ☐ in eigener Praxis ☐ selbstständig in bestehender Praxis ☐ freiberuflich ☐ angestellt

Ich betreibe die Praxis

- ☐ allein
☐ als Praxisgemeinschaft
☐ als Gemeinschaftspraxis
☐ als Zweigniederlassung

Inhaberin/Inhaber der Praxis (falls abweichend) Name, Vorname		
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Ich betreibe eine weitere Praxis / Praxen als Heilpraktikerin oder Heilpraktiker

- ☐ allgemein
☐ beschränkt auf den Bereich

Praxisname		
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Angaben zur Beschäftigung von Angehörigen der Gesundheitsfachberufe nach § 6 Abs. 2 GBerG NRW

- ☐ Ich beschäftige in meiner Praxis keine weiteren Personen
- ☐ Ich beschäftige in meiner Praxis weitere Personen nach § 6 Abs.2 GBerG NRW
Bitte die **Anlage** „Angestellte Mitarbeitende in Gesundheitsfachberufen“ ausfüllen.

Angaben zu meiner Berufstätigkeit

Bitte Erklärung über Therapien in jedem Fall ausfüllen.

- ☐ Ich führe keine invasiven Methoden durch
(keine Verletzung des menschlichen Körpers zum Beispiel durch Nadeln, Schnitte etc.)

- ☐ Ich biete folgende Therapien:
- A Blutentnahmen/Spritzen/Injektionen/Akupunktur**
- ☐ Injektionen ☐ Infusionen ☐ Akupunktur
- ☐ Faltenunterspritzung
- ☐ Neuraltherapie ☐ klassische Eigenblutbehandlung
- ☐ UV-Licht – aktivierte Eigenbluttherapie
- ☐ Ultra-Violett-Bestrahlung des Blutes
- ☐ HOT – Hämatogene Oxidationstherapie
- ☐ Thymustherapie, Zelltherapie
- ☐ sonstige Blutozonierungs- oder -oxygenierungsverfahren:

B Ausleitverfahren

- ☐ Aderlass ☐ Blutegeltherapie ☐ unblutiges Schröpfen
- ☐ Blutiges Schröpfen ☐ Baunscheidtieren

C Weitere Therapieverfahren bzw. Leistungen

- ☐ Piercing ☐ Kolontherapie
- ☐ Balneotherapie (Kneipp, Floating, andere)
- ☐ Entfernung von Tätowierungen, Altersflecken und Warzen, zum Beispiel mit Laser, IPL
- ☐ Entfernung von Teleangiektasien durch Koagulation/Laserepilation

D Weitere invasive Maßnahmen

- ☐ Sonstige
Therapieangebote:

Anlagen

- ☐ Original meiner Heilpraktikererlaubnis
- ☐ einfache Kopie meiner Erlaubnis, ausgestellt durch Kreis Minden-Lübbecke
Hinweis: Wenn Ihre Erlaubnis durch das Gesundheitsamt des Kreises Minden-Lübbecke ausgestellt wurde, reicht eine einfache Kopie.
- ☐ einfache Kopie meines Personalausweises
- ☐ Anlage „Angestellte Mitarbeitende in Gesundheitsfachberufen“
Bitte beglaubigte Kopien der Erlaubnisse zum Führen der Berufsbezeichnungen und einfache Kopien der Personalausweise beifügen.

Ich bitte um Zusendung einer schriftlichen Bestätigung

Bei Anmeldung der Tätigkeit erhalten Sie automatisch eine schriftliche Bestätigung, für die aktuell eine Gebühr von 25,- Euro erhoben wird.

Wenn Sie eine schriftliche Bestätigung für die Abmeldung / Ummeldung der Tätigkeit bzw. die Anzeige „Mitarbeiter Änderung“ benötigen, nutzen Sie die folgenden Felder. Die Bestätigung der Änderungen ist gebührenfrei.

- ☐ ja ☐ nein

Versand an:

- ☐ Private Anschrift ☐ Praxisanschrift

Mir ist bekannt, dass ich zukünftige personelle Änderungen mit den erforderlichen Unterlagen ebenfalls anzeigen muss.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Bitte senden Sie die unterschriebene Anzeige mit den Anlagen **im Original** an die angegebene Postanschrift oder per Mail an I.Sieling@minden-luebbecke.de.