

**Kreisausschuss  
des Kreises Groß-Gerau  
Kommunal- und Bürgerdienste  
Fachdienst Kommunalaufsicht, Wahlen,  
Ordnungs- und Gewerberecht  
Wilhelm-Seipp-Straße 4**

**64521 Groß-Gerau**

über die

**Stadt- / Gemeindeverwaltung**

## **Antrag auf Erteilung der Erlaubnis für die Berufsausübung der Heilkunde ohne Approbation**

gemäß § 1 Abs. 1 des Heilpraktikergesetzes in  
der im Bundesgesetzblatt Teil III,  
Gliederungsnummer 2122-2, veröffentlichten  
bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch  
Gesetz vom 23.10.2001 (BGBl. I, S. 2702)

### **Umfang der beantragten Erlaubnis:**

- uneingeschränkte Heilpraktikererlaubnis  
 ausschließlich auf das Tätigkeitsgebiet der Psychotherapie eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis  
 ausschließlich auf das Tätigkeitsgebiet der Physiotherapie eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis

### **Angaben zur Person**

Familiennamen, Vornamen (Rufname unterstreichen)		Geburtsname	
Geburtsdatum	Geburtsort	(Geburtsort) Kreis	(Geburtsort) Land
Staatsangehörigkeit	Beruf	Familienstand	
Hauptwohnsitz (Straße, Wohnort)			Telefon
Wohnanschrift in den letzten 3 Jahren (Jahr, Adresse, Kreis, Land)			
Unter welcher Anschrift im Kreis Groß-Gerau wollen Sie heilkundig tätig werden? (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)			
(Hinweis: Nach diesen Angaben bestimmt sich die örtliche Zuständigkeit für die Erteilung der Heilpraktikererlaubnis.)			

Haben Sie bereits bei anderen Behörden Anträge auf Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne Approbation gestellt? Wenn ja, wann und bei welchen Behörden?	
Wollen Sie sich in einem bestimmten Spezialgebiet (spezielle Behandlungsmethode) heilkundig betätigen? Wenn ja, welchem Spezialgebiet?	

Gegen mich ist ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren <input type="checkbox"/> <b>nicht anhängig</b> <input type="checkbox"/> <b>anhängig</b>
Information dazu:

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Erlaubnis zurückgenommen werden kann, wenn sie aufgrund unwahrer Angaben oder sonstiger täuschender Handlungen erwirkt worden ist.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

## Ärztliche Bescheinigung

Nach der Untersuchung von Herrn/Frau \_\_\_\_\_  
liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass er/sie in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung  
des Berufs als Heilpraktiker/in ungeeignet ist.

untersuchender Arzt/Praxis:

Datum, Unterschrift:

## Stellungnahme der Stadt-/Gemeindeverwaltung

Gemeinde-/Stadtverwaltung

Ort, Datum

### Urschriftlich an

Kreisausschuss  
des Kreises Groß-Gerau  
Fachdienst Kommunalaufsicht, Wahlen, Ordnungs- und Gewerberecht  
Wilhelm-Seipp-Straße 4

64521 Groß-Gerau

Der Antragsteller/die Antragstellerin ist seit  
hier gemeldet.

mit

**Hauptwohnsitz**

**Nebenwohnsitz**

Im Auftrag

(Unterschrift)

(Dienstsiegel)