

**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
 ausschließlich auf das Tätigkeitsgebiet der Logopädie eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis

Angaben zur Person

Familienname, Vornamen (Rufname unterstreichen)		Geburtsname	
Geburtsdatum	Geburtsort	(Geburtsort) Kreis	(Geburtsort) Land
Staatsangehörigkeit	Beruf	Familienstand	
Hauptwohnsitz (Wohnort, Straße)			Telefon
Wohnanschriften 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?	
Haben Sie bereits an einer Prüfung teilgenommen? Bitte das Prüfungsdatum, die Behörde und das Prüfungsergebnis angeben	
Wollen Sie sich in einem bestimmten Spezialgebiet (spezielle Behandlungsmethode) heilkundlich betätigen? Wenn ja, welchem Spezialgebiet?	

Gegen mich ist ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren	
<input type="checkbox"/> nicht anhängig	<input type="checkbox"/> anhängig
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)