

## Anmeldung der Tätigkeit als Heilpraktiker/ Heilpraktikerin

### Ausgefüllt an:

Landkreis Schaumburg  
Gesundheitsamt  
z. Hd. Frau Weiche  
Probsthäger Straße 6  
31655 Stadthagen

### 1.) Angaben zu Ihrer Person

Familienname, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr. PLZ Ort

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

### 2.) Berufliche Tätigkeit als Heilpraktiker/in

#### a. Welche Berufsbezeichnung führen Sie?

- Heilpraktiker/in  Heilpraktiker/in beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie  Heilpraktiker/in beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie
- Heilpraktiker/in beschränkt auf das Gebiet der Logopädie  Heilpraktiker/in beschränkt auf das Gebiet der \_\_\_\_\_

#### b. Erlaubnis erteilt am: \_\_\_\_\_

#### c. Erlaubniserteilungsbehörde: \_\_\_\_\_

**Sollte Ihre Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde nicht vom Landkreis Schaumburg ausgestellt worden sein, fügen Sie bitte eine Kopie der Erlaubnisurkunde und eine Kopie Ihres Personalausweises bei.**

#### d. Aufnahme der Tätigkeit am: \_\_\_\_\_

#### e. Anschrift der Praxis, in der Sie tätig sind/ tätig werden wollen

Praxisadresse: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr. PLZ Ort

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

#### f. Wie üben Sie Ihre Tätigkeit aus?

- in Praxisräumen  ausschließlich Hausbesuche

### 3.) Erklärung zur ausgeübten Tätigkeit

Bitte listen Sie auf, welche heilkundlichen Verfahren Sie anwenden

Ich biete folgende nicht invasive Methoden an:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ich biete folgende invasive Methoden an:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Wichtig: Bitte beachten Sie, dass Sie auch etwaige Änderungen oder die Beendigung Ihrer Tätigkeit beim Gesundheitsamt des Landkreises Schaumburg schriftlich anzeigen müssen.**