

Gesundheitsamt Pfaffenhofen
Frau Pal
Krankenhausstraße 70a
85276 Pfaffenhofen

Meldebogen für Heilpraktiker/innen / Erklärung (Art. 10 Abs. 3 GDG)

Angaben zur Person

Nachname		Vorname	
Geburtsname (bei Abweichung)			
Geburtsdatum	Geburtsort / Geburtsland		Staatsangehörigkeit
Wohnort: Straße, Hausnummer		Wohnort: PLZ, Ort	
Telefon		Mobil	
Fax		E-Mail	

Beruf / Tätigkeit

Bezeichnung		Erlaubnisurkunde bitte in beglaubigter Kopie beilegen oder im Original vorlegen	
Erlaubnis vom	Ausstellungsbehörde		
Tätig ab	Praxisname		
Praxisanschrift: Straße, Hausnummer		Praxisanschrift: PLZ, Ort	
Telefon	E-Mail / Internetadresse		
Haftpflichtversicherung Bescheinigung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer unter Angabe der Versicherungssumme zu bescheinigen, dass eine zur bezeichnenden Rechtsvorschrift entsprechende Pflichtversicherung besteht.			

Erklärung

1. Ich führe in meiner Praxis keine invasiven Methoden durch (keine Verletzung des menschlichen Körpers z. B. durch Nadeln, Schnitte, etc.)

2. Ich führe in meiner Praxis folgende Methoden durch:

A) Blutentnahmen / Spritzen / Injektionen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Injektionen | <input type="checkbox"/> Infusionen |
| <input type="checkbox"/> Neuraltherapie | <input type="checkbox"/> klassische Eigenblutbehandlung |
| <input type="checkbox"/> UV-Licht - aktivierte Eigenbluttherapie | <input type="checkbox"/> HOT-hämatogene Oxidationstherapie |
| <input type="checkbox"/> Ultra-Violett-Bestrahlung des Blutes | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Blutzonierungsverfahren oder -oxygenierungsverfahren: | |

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Thymustherapie, Zelltherapie | <input type="checkbox"/> Faltenunterspritzung |
|---|---|

B) Ausleitverfahren

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aderlass | <input type="checkbox"/> Blutegeltherapie |
| <input type="checkbox"/> Schröpfen | <input type="checkbox"/> Blutiges Schröpfen |
| <input type="checkbox"/> Baunscheidtieren | |

C) Akupunktur (verschiedene Verfahren)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> mit Einmalnadeln | <input type="checkbox"/> mit aufbereiteten Nadeln |
|---|---|

D) Weitere Therapieverfahren bzw. Leistungen

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Piercing | <input type="checkbox"/> Kolonhydrotherapie | <input type="checkbox"/> Balneotherapie (Kneipp, Floating, andere) |
| <input type="checkbox"/> Entfernung von Tätowierungen, Altersflecken und Warzen, z. B. mit Laser | | |
| <input type="checkbox"/> Entfernung von Teleangiektasien durch Koagulation / Laserepilation | | |

E) Sonstige invasive Maßnahmen

3. Ich verwende ausschließlich Einmalmaterial (keine Wiederaufbereitung)

4. Ich bereite folgende Instrumente / Geräte auf

5. Ich beschäftige in meiner Praxis keine weiteren Personen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ich beschäftige | <input type="checkbox"/> Personen mit Erlaubnis nach dem HeilprG |
| | <input type="checkbox"/> Personen mit Erlaubnis nach dem HeilprG eingeschränkt auf dem Gebiet der Psychotherapie |
| | <input type="checkbox"/> sonstige Mitarbeiter/innen, die mich durch folgende Tätigkeit unterstützen: |

Masernschutz (Nach 1970 geborene Beschäftigte in Gemeinschaftseinrichtungen und in medizinischen Einrichtungen **müssen** nachweisen, **gegen Masern geimpft** oder immun zu sein) - bitte entsprechend ankreuzen:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 2 Masernimpfungen | <input type="checkbox"/> Immunität (Titer) | <input type="checkbox"/> med. Kontraindikation (Attest beifügen) |
|--|--|--|