

LANDKREIS CLOPPENBURG

DER LANDRAT

Gesundheitsamt
Eschstraße 29
49661 Cloppenburg
FAX: 04471/15-330



Anmeldung der Tätigkeit als Heilpraktikerin/Heilpraktiker

- Heilpraktikerin/Heilpraktiker allgemein
- Heilpraktikerin/Heilpraktiker beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie
- Heilpraktikerin/Heilpraktiker beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie
- sonstige Heilpraktikerin/sonstiger Heilpraktiker

(bitte Gebiet eintragen)

1. Persönliche Angaben

Familienname, Vorname

Geburtsname (bei Abweichung), Geburtsdatum, Geburtsort

Geschlecht

weiblich männlich divers

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

2. Berufsausübung

selbständig

angestellt

ausschließlich Hausbesuche

3. Praxisanschrift

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

4. Inhaberin/Inhaber der Praxis (soweit abweichend von Nr. 1)

Familienname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

- bitte wenden -

Aufnahme der Tätigkeit am:

Erklärung

Ich führe invasive Methoden durch:

(Verletzung des menschlichen Körpers zum Beispiel durch Nadeln, Schnitte, etc.)

ja

nein

Ich wende folgende heilkundliche Verfahren an:

Sonstiges/Bemerkungen (z. B. Zweitpraxis):

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis:

Bitte fügen Sie der Anmeldung eine beglaubigte Kopie Ihrer Erlaubnisurkunde oder eine beglaubigte Kopie Ihres Berechtigungsnachweises bei. Bei einer persönlichen Anmeldung genügt die Vorlage der Originaldokumente.

Falls die Erlaubnisurkunde vom Landkreis Cloppenburg ausgestellt wurde, ist kein Nachweis erforderlich.

Sie sind verpflichtet, uns die Beendigung Ihrer Tätigkeit sowie alle Änderungen der von Ihnen mitgeteilten Angaben unverzüglich mitzuteilen.