

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

LANDRATSAMT MÜNCHEN

- Sachgebiet 10.2 -

Mariahilfplatz 17

81541 München

**Meldebogen für Heilpraktiker /
Erklärung**

Antragsteller/in

Nachname		Geburtsname (bei Abweichung)	
Vorname/n (Rufname bitte in Großbuchstaben)			
Geburtsort		Geburtsland	
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit	
Wohnort: Straße Hausnummer		Wohnort: PLZ Ort	
Telefon	Fax	Handy	
E-Mail			

Beruf / Tätigkeit

Bezeichnung			
Erlaubnis am		Ausstellungsbehörde	
Berechnigungsnachweise bzw. Erlaubnisurkunde bitte in <u>beglaubigter Kopie</u> beilegen			
tätig ab			
Praxisanschrift: Straße Hausnummer		Praxisanschrift: PLZ Ort	
Telefon	Fax	Handy	
E-Mail		Internet-Adresse	
Praxisprechzeiten			

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		
Injektionen	Infusionen	
Neuraltherapie	klassische Eigenblutbehandlung	
UV-Licht - aktivierte Eigenbluttherapie	HOT-hämato gene Oxidationstherapie	
Ultra-Violett-Bestrahlung des Blutes		
sonstige Blutozonierungsverfahren oder -oxygenierungsverfahren:		
Thymustherapie, Zelltherapie	Faltenunterspritzung	
B) Ausleitverfahren		
Aderlass	Blutegeltherapie	
Schröpfen	Blutiges Schröpfen	
Baunscheidtieren		
C) Akupunktur (verschiedene Verfahren)		
mit Einmalnadeln	mit aufbereiteten Nadeln	
D) Weitere Therapieverfahren bzw. Leistungen		
Piercing	Kolonhydrotherapie	Balneotherapie (Kneipp, Floating, andere)
Entfernung von Tätowierungen, Altersflecken und Warzen, z.B. mit Laser		
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		
Ich beschäftige	Personen mit Erlaubnis nach dem HeilprG	
	Personen mit Erlaubnis nach dem HeilprG eingeschränkt auf dem Gebiet der Psychotherapie	
	sonstige Mitarbeiter, die mich durch folgende Tätigkeiten unterstützen	
Ort, Datum		Unterschrift