



an:

Stadt Weiden i.d.OPf.
Amt für öffentliche Ordnung
- Ordnungsabteilung -
Dr.-Pfleger-Straße 15
92637 Weiden

Posteingang:

Antrag auf Erteilung der Erlaubnis nach § 1 Heilpraktikergesetz

- zur Ausübung der allgemeinen Heilkunde
 zur Ausübung der Heilkunde, beschränkt auf das Gebiet der heilkundlichen Psychotherapie
 zur Ausübung der Heilkunde, beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie

Antragsteller/in

Name (ggf. frühere Namen)		Vorname (bitte alle Vornamen angeben)	
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort	
Telefon		E-Mail	
Geburtsdatum	Geburtsort (Gemeinde, Landkreis, Land)		
Geburtsname (nur bei Abweichung vom Familiennamen)		Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/>	

Der/die Antragsteller/in versichert hiermit,

<input type="checkbox"/> dass bisher noch keine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz beantragt wurde
<input type="checkbox"/> dass bereits eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz bei folgender Behörde beantragt wurde:
<input type="checkbox"/> dass kein gerichtliches Strafverfahren oder staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren gegen ihn/sie anhängig ist
<input type="checkbox"/> dass ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren gegen ihn/sie läuft bei folgender Behörde:
<input type="checkbox"/> Im Rahmen der Erlaubniserteilung bitte ich um Übersendung der Urkunde zusammen mit dem Erlaubnisbescheid (zusätzliche Kosten i.H.v. 30,00 €).

Anlagen:

<input type="checkbox"/>	Geburtsurkunde (Original oder beglaubigte Kopie)
<input type="checkbox"/>	kurz gefasster tabellarischer Lebenslauf
<input type="checkbox"/>	Nachweis über mindestens erfolgreichen Hauptschulabschluss (Original oder beglaubigte Kopie)
<input type="checkbox"/>	Ärztliches Attest (nicht älter als 3 Monate)
<input type="checkbox"/>	Behördliches Führungszeugnis (nicht älter als 3 Monate)

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Wird von der Behörde ausgefüllt!

Vermerke/Verfügung der Verwaltungsbehörde (nicht vom Antragsteller ausfüllen)			Datum	Namens- zeichen
1. Prüfungsanmeldung beim Gesundheitsamt Regensburg				
2. Bescheid	Az.:			
3. Gebühr	EUR	HHSt.	HÜL-Nr.	
Bescheid				
Urkunde				
Gesamt		50000.10000		
3. EDV erfasst				
4. Bescheid zugesandt/ausgehändigt am:				
Empfangsbestätigung				
Ort, Datum				
_____			_____	
Ort, Datum (der Behörde)			Unterschrift des Empfängers	
_____ i. A.			_____	
			Unterschrift	
5. Zum Akt				