



Stadt Ingolstadt
Gesundheitsamt
Esplanade 29
85049 Ingolstadt

Meldebogen für Heilpraktiker/innen

(Meldepflicht gemäß Art. 10 Abs. 2 und Abs. 3 Gesundheitsdienstgesetz - GDG)

Antragsteller/in:

Bitte leserlich ausfüllen!

Nachname		Vorname(n)		Geburtsname	
Geburtsdatum	Geburtsort		Staatsangehörigkeit		
Anschrift (Straße, Hausnummer)			Wohnort (PLZ, Ort)		
E-Mail		Tel. tagsüber		Fax	

Beruf / Tätigkeit

Bezeichnung					
Erlaubnis vom		Ausstellungsbehörde			
Berechtigungsnachweise bzw. Erlaubnisurkunde bitte in amtlich <u>beglaubigter Kopie</u> beilegen					
tätig ab					
Praxisanschrift (Straße, Hausnummer)			Praxisanschrift (PLZ, Ort)		
E-Mail		Tel. tagsüber		Fax	
Praxisprechzeiten					

Bitte legen Sie einen Nachweis über eine angemessene Haftpflichtversicherung bei
(Kopie aktueller Versicherungsschein Art. 10 Abs. 3 GDG)

Im Rahmen meiner Meldepflicht gemäß Art. 10 Abs. 2 u. 3 GDG gebe ich folgende Erklärung ab:

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
------------	--------------	---------------------