



Stadt Ingolstadt  
Gesundheitsamt  
z. Hd. Frau Sonner  
Esplanade 29  
85049 Ingolstadt

## Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der Psychotherapie für Diplom-Psychologen ohne ärztliche Approbation

**Antragsteller/in:**

Bitte leserlich ausfüllen!

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

**Ich beabsichtige, mich in Ingolstadt als heilkundliche/r Psychotherapeut/in niederzulassen und beantrage daher die Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung des Berufes, beschränkt auf die heilkundliche Psychotherapie.**

Im Rahmen des Antrages auf die Heilpraktikererlaubnis gebe ich folgende Erklärungen ab:

- Gegen mich ist derzeit weder ein gerichtliches Strafverfahren noch ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig.
- Ich habe noch **keinen** Antrag auf Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz gestellt.
- Ich habe bereits einen Antrag gestellt, (zuletzt) im Jahre
- beim Gesundheitsamt der Stadt Ingolstadt
- bei folgender anderen Behörde:

## Folgende Unterlagen sind einzureichen:

<b>Lebenslauf</b> (tabellarisch; wichtig sind Angaben zu Ihrer Vorbereitung auf den künftigen Beruf sowie das gewünschte Spezialgebiet)
<b>Personalausweis oder Pass (Kopie)</b>
<b>Bildungsnachweis / Zeugnis (beglaubigte Kopie)</b> (Urkunde <u>UND</u> Prüfungszeugnis als Diplom-Psychologin/Psychologe, <b>Prüfungsfach „klinische Psychologie“</b> ); bei Vorlage einer einfachen Kopie ist das Original zur Einsicht vorzulegen; bitte keine Originale einsenden!)
<b>Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde</b> nicht älter als 3 Monate bei Antragstellung; erhältlich bei der Meldebehörde; der Verwendungszweck „Heilpraktikererlaubnis“ muss angegeben sein; Zustellung direkt an das Gesundheitsamt, Belegart 0
<b>Gesundheitszeugnis</b> (Original; max. 3 Monate alt bei Antragstellung) - siehe Muster -

Ich versichere, meine Tätigkeit erstmalig im Stadtgebiet Ingolstadt auszuüben. Sofern mein amtlich gemeldeter Wohnsitz **nicht im Stadtgebiet Ingolstadt** liegt, gebe ich folgende Erklärung ab und lege meinem Antrag entsprechende Nachweise (Mietvertrag, Bestätigung über Anstellung, etc.) bei. (Kurze Begründung warum Sie erstmalig in Ingolstadt als Heilpraktiker tätig werden wollen):

Für die Erlaubnis fallen derzeit nachstehende Gebühren und Auslagen an:

<b>Bearbeitungs- und Bescheidgebühr</b>	100,00 €		
<b>Auslagen für Postzustellungsauftrag</b>	2,76 €		
<b>Schmuckurkunde</b>	<input type="checkbox"/> erwünscht	<input type="checkbox"/> nicht erwünscht	45,00 €

Mit Zusendung der Erlaubnis erhalten Sie die Kostenmitteilung.

## **Datenschutzerklärung:**

Die Verarbeitung der Daten erfolgt zu folgenden Zwecken (mit Anlass der Verarbeitung und verarbeitender Dienststelle):

- prüfen der erforderlichen persönlichen Voraussetzungen für die Anmeldung zur Heilpraktiker-überprüfung
- Verarbeitung der Daten im Rahmen der Überprüfung
- Entscheidung über die abschließende Erteilung oder Versagung und diese zu übermitteln
- alle das Verfahren betreffende Sachverhalte zu bearbeiten
- Korrespondenz auch per unverschlüsselter Mail durchzuführen

Wir werden die Daten nicht an dritte Stellen weiterleiten.

## **Allgemeine Datenschutzhinweise:**

Die Datenverarbeitung ist ausschließlich auf die oben genannten Daten zu genannten Zwecken beschränkt. Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist die mit diesem Dokument erteilte Einwilligung (Art. 6 Abs.1 Buchst. a DSGVO).

- Name und die Kontaktdaten des Verantwortlichen (Art. 13 Abs. 1 Buchstabe a DSGVO)  
*Stadt Ingolstadt, Rathausplatz 4, 85049 Ingolstadt, Tel 0841/305-0*  
[stadtverwaltung@ingolstadt.de](mailto:stadtverwaltung@ingolstadt.de)
- Kontaktdaten des behördlichen Datenschutzbeauftragten (Art. 13 Abs. 1 Buchstabe b DSGVO)  
*Stadt Ingolstadt, Rathausplatz 4, 85049 Ingolstadt*  
[datenschutz@ingolstadt.de](mailto:datenschutz@ingolstadt.de)

Weitergehende Informationen nach Art 13 Abs. 2 DSGVO sind auf der Internetseite [www.ingolstadt.de/Datenschutz](http://www.ingolstadt.de/Datenschutz) unter dem Punkt **Datenschutzerklärung** abrufbar.

## **Freiwilligkeit und Widerruflichkeit der Einwilligung**

Die Erteilung dieser Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt. Soweit die Einwilligung nicht widerrufen wird, gilt sie zeitlich unbeschränkt. Aus der Verweigerung der Einwilligung oder ihrem Widerruf heraus müssen Sie damit rechnen, dass keine weitere Antragsbearbeitung mehr stattfindet bzw. es zu einer Versagung der beantragten Heilpraktikererlaubnis kommt.

Mit der unten geleisteten Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben, die Anerkennung der Datenschutzerklärung und dass ich eine aktuelle Aufstellung über die fälligen Gebühren und Auslagen erhalten habe.

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------

# Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der Stadt Ingolstadt

Name ausstellende/r Arzt / Ärztin,  
Praxisanschrift oder Praxisstempel

## Beurteilung der gesundheitlichen Eignung zur Ausübung des Heilpraktikerberufs

Ausstellungsdatum:

von

<b>Nachname</b>	<b>Vorname</b>
<b>Straße, Hausnummer</b>	<b>PLZ, Ort</b>
<b>Geburtsdatum</b>	<b>Geburtsort</b>

- zur Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne ärztliche Approbation
- zur Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne ärztliche Approbation, beschränkt auf das Gebiet der **Psychotherapie**
- zur Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne ärztliche Approbation, beschränkt auf das Gebiet der **Physiotherapie**
- zur Erteilung der Psychotherapie-Erlaubnis nach HeilprG für Diplom-Psychologen

Die/ Der Vorgenannte wurde heute von mir untersucht.

Sie/ Er ist in physischer und psychischer Hinsicht geeignet zur Ausübung des Heilpraktikerberufes/ der Psychotherapie. Sie/ er ist frei von Suchtkrankheiten.

Ergänzende Bemerkungen / Einschränkungen:


\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes