

ANZEIGE ÜBER DIE NIEDERLASSUNG EINES HEILPRAKTIKERS

Absender
(Praxisanschrift)

An das
Landratsamt Haßberge
FB 25.2 Gesundheitsamt
Am Herrenhof 1
97437 Haßfurt

Anzeige über der Tätigkeit als	<input type="checkbox"/> Beginn <input type="checkbox"/> Beendigung ab	<input type="checkbox"/> Änderung
--------------------------------------	--	--

Anlagen: 1 Kopie des Erlaubnisbescheides
 1 Nachweis über das Bestehen einer angemessenen Haftpflichtversicherung
 1 Hygieneplan
 1 Nachweis über Masernimmunität (Stichtag ab Geburtsdatum 01.01.1971)

Name, Vorname (auch Geburtsname, falls abweichend)				
Geburtsdatum	Berufsbezeichnung(en)			
Telefon (Praxis)	Fax (Praxis)	E-Mail (Praxis)		
Datum der Erlaubnis	Behörde/Stelle, die die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung erteilt hat			
Wohnanschrift – <i>falls abweichend</i> (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)				
Telefon – <i>falls abweichend</i>		E-Mail – <i>falls abweichend</i>		
Sprachkenntnisse:				
Ich behandle auch in:				
Im Rahmen meiner Meldepflicht gemäß Art. 10 Abs. 2 und 3 GDG gebe ich folgende Erklärung ab: <input type="checkbox"/> Ich führe in meiner Praxis keine invasiven Methoden durch (keine Verletzung des menschlichen Körpers z.B. durch Nadeln, Schnitte etc.). <input type="checkbox"/> Ich führe in meiner Praxis folgende Behandlungsmethoden durch:				
A) Blutentnahmen / Spritzen / Injektionen <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Injektionen <input type="checkbox"/> Neuraltherapie <input type="checkbox"/> UV-Licht-aktivierte Eigenbluttherapie <input type="checkbox"/> Ultra-Violett-Bestrahlung des Blutes <input type="checkbox"/> Thymustherapie, Zelltherapie </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Infusionen <input type="checkbox"/> klassische Eigenblutbehandlung <input type="checkbox"/> HOT-hämatogene Oxidationstherapie <input type="checkbox"/> Faltenunterspritzung <input type="checkbox"/> sonstige Blutoxygenierungsverfahren oder -oxygenierungsverfahren: </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Injektionen <input type="checkbox"/> Neuraltherapie <input type="checkbox"/> UV-Licht-aktivierte Eigenbluttherapie <input type="checkbox"/> Ultra-Violett-Bestrahlung des Blutes <input type="checkbox"/> Thymustherapie, Zelltherapie	<input type="checkbox"/> Infusionen <input type="checkbox"/> klassische Eigenblutbehandlung <input type="checkbox"/> HOT-hämatogene Oxidationstherapie <input type="checkbox"/> Faltenunterspritzung <input type="checkbox"/> sonstige Blutoxygenierungsverfahren oder -oxygenierungsverfahren:
<input type="checkbox"/> Injektionen <input type="checkbox"/> Neuraltherapie <input type="checkbox"/> UV-Licht-aktivierte Eigenbluttherapie <input type="checkbox"/> Ultra-Violett-Bestrahlung des Blutes <input type="checkbox"/> Thymustherapie, Zelltherapie	<input type="checkbox"/> Infusionen <input type="checkbox"/> klassische Eigenblutbehandlung <input type="checkbox"/> HOT-hämatogene Oxidationstherapie <input type="checkbox"/> Faltenunterspritzung <input type="checkbox"/> sonstige Blutoxygenierungsverfahren oder -oxygenierungsverfahren:			

B) Ausleitverfahren

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aderlass | <input type="checkbox"/> Blutegeltherapie | <input type="checkbox"/> Baunscheidtieren |
| <input type="checkbox"/> Schröpfen | <input type="checkbox"/> Blutiges Schröpfen | <input type="checkbox"/> |

C) Akupunktur (verschiedene Verfahren)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> mit Einmalnadeln | <input type="checkbox"/> 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 Teleangiectasien durch Koagulation/Laserepilation

E) Aufbereitung der Medizinprodukte

- Ich verwende ausschließlich Einmalmaterial (keine Wiederaufbereitung)
- Ich bereite folgende Instrumente/Geräte auf:

Wenn ja:

- Ich halte bei der Aufbereitung von Medizinprodukten die gesetzlichen Vorschriften (IfSG, MPG, MPBetreibV) und die anerkannten Regeln der Technik ein („Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention bei Robert-Koch-Institut; Bundesgesundheitsblatt 2012, 55:1244-1310; www.rki.de)

Liegt ein Hygieneplan vor: ja nein

- 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
- Sonstige Mitarbeiter, die mich durch folgende Tätigkeiten unterstützen:

- Ich wünsche die Ausstellung einer Anmeldebestätigung (Kosten: 20,00 €)

Hinweise zum Datenschutz und Ihren Rechten (Art. 13 ff. DSGVO) finden Sie auf dem Informationsblatt zur Datenverarbeitung in der Arbeitsgruppe Gesundheitsrecht auf www.hassberge.de unter der Rubrik Heilpraktiker.

Ort, Datum

Unterschrift