Landratsamt Haßberge

# ANZEIGE ÜBER DIE AUFNAHME ODER BEENDIGUNG EINER SELBSTSTÄNDIGEN TÄTIGKEIT EINES NICHT-ÄRZTLICHEN GESUNDHEITSBERUFES

Absender
(Praxisanschrift)

An das
Landratsamt Haßberge
FB 25.1 Gesundheitsamt
Am Herrenhof 1
97437 Haßfurt

| |
|---|
| Anzeige über<br>☑ **Beginn** ☐ **Beendigung**<br><br>der Tätigkeit<br>als _____ ab _____ |

**Angaben zur Tätigkeitsstätte / Praxis:**

| | |
|---|---|
| Name der Tätigkeitsstätte / Praxis | |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ, Ort | |
| E-Mail | Telefon |

**Ihre persönlichen Daten:**

| | | |
|---|---|---|
| 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 – *falls abweichend* (Straße, Hausnr., PLZ, Ort) | | |
| Telefon – *falls abweichend* | E-Mail – *falls abweichend* | |

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

☐ Ich führe in meiner Praxis keine invasiven Methoden durch (keine Verletzung des menschlichen Körpers z.B. durch Nadeln, Schnitte etc.).

☐ Ich führe in meiner Praxis folgende invasive Behandlungsmethoden durch:

**A) Blutentnahmen / Spritzen / Injektionen**

☐ Injektionen
☐ Neuraltherapie
☐ UV-Licht-aktivierte Eigenbluttherapie
☐ Ultra-Violett-Bestrahlung des Blutes
☐ Thymustherapie, Zelltherapie
☐ Infusionen
☐ klassische Eigenblutbehandlung
☐ HOT-hämatogene Oxidationstherapie
☐ sonstige Blutozonierungsverfahren oder -oxygenierungsverfahren:

**B) Ausleitverfahren**

☐ Aderlass
☐ Schröpfen
☐ Blutiges Schröpfen
☐ Blutegeltherapie
☐ Baunscheidtieren
☐ sonstige:

**C) Akupunktur (verschiedene Verfahren)**

☐ mit Einmalnadeln
☐ mit aufbereiteten wiederverwendbaren Nadeln

**D) Weitere Therapieverfahren bzw. Leistungen**

☐ Kolonhydrotherapie
☐ Balneotherapie (Kneipp, Floating, andere)

**E) Sonstige invasiven Maßnahmen**

☐
☐ Ich verwende ausschließlich Einmalmaterial.
☐ Ich bereite folgende Instrumente/ Geräte auf:

☐ 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)

**F) Liegt ein Hygieneplan vor:**

☐ JA
☐ NEIN

## Bei Anmeldung:

☐ Ein ausreichender Masernschutz liegt vor. (Bitte im Original vorlegen)

☐ Eine Haftpflichtversicherung für das Gewerbe liegt vor. (Bitte als Anlage beifügen)

## Bei Abmeldung:

☐ Das angemeldete bei mir angestellte Fachpersonal wird durch die Abmeldung meiner Tätigkeit ebenfalls abgemeldet.

## Angestellte:

(nur bei Anmeldung auszufüllen)

☐ JA, ich beschäftige Angestellte

☐ NEIN, ich beschäftige keine Angestellten

**Bitte legen Sie für jede Person eine Erlaubnis-Urkunde als beglaubigte Kopie oder im Original bei!**

| Name, Vorname (auch Geburtsname, falls abweichend) | |
|---|---|
| | |
| Geburtsdatum | |
| Wohnanschrift – *falls abweichend* (Straße, Hausnr., PLZ, Ort) | |
| Berufsbezeichnung(en) | |
| Datum der Erlaubnis | Behörde/Stelle, die die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung erteilt hat |
| | |

| Name, Vorname (auch Geburtsname, falls abweichend) | |
|---|---|
| | |
| Geburtsdatum | |
| Wohnanschrift – *falls abweichend* (Straße, Hausnr., PLZ, Ort) | |
| Berufsbezeichnung(en) | |
| Datum der Erlaubnis | Behörde/Stelle, die die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung erteilt hat |
| | |

| Name, Vorname (auch Geburtsname, falls abweichend) | |
|---|---|
| | |
| Geburtsdatum | |
| Wohnanschrift – *falls abweichend* (Straße, Hausnr., PLZ, Ort) | |
| Berufsbezeichnung(en) | |
| Datum der Erlaubnis | Behörde/Stelle, die die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung erteilt hat |
| | |

| Name, Vorname (auch Geburtsname, falls abweichend) |
|---|
| |
| Geburtsdatum |

| | |
|---|---|
| | |
| Wohnanschrift – *falls abweichend* (Straße, Hausnr., PLZ, Ort) | |
| Berufsbezeichnung(en) | |
| Datum der Erlaubnis | Behörde/Stelle, die die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung erteilt hat |
| | |

## Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:

☐ beglaubigte Kopien oder Originale der Erlaubnisbescheide zum Führen der Berufsbezeichnung
☐ Nachweis über das Bestehen einer angemessenen Haftpflichtversicherung (Vorlage des Versicherungsscheines)
☐ 1 Hygieneplan bei Heilberufen mit invasiven Tätigkeiten
☐ Nachweise über Masernimmunität im Original (Stichtag ab Geburtsdatum 01.01.1971)

Bei Fragen bezüglich dem Hygieneplan können Sie gerne telefonisch einen Termin unter der Telefon-Nr. 09521 27-400 vereinbaren.

| | |
|---|---|
| Ort, Datum | Unterschrift |

**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.**