



ANTRAG AUF ERTEILUNG EINER HEILPRAKTIKERERLAUBNIS

An den
Landkreis Märkisch-Oderland
Gesundheitsamt
Puschkinplatz 12
15306 Seelow

Name (auch Geburtsname, falls abweichend)		Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
		<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
PLZ	Wohnort	Straße, Hausnummer
Telefon	Telefax	E-Mail

Ich beabsichtige, den Heilpraktikerberuf im Land Brandenburg auszuüben und beantrage deshalb die Erteilung einer Erlaubnis für die Berufsausübung als

- Heilpraktiker/in
 Heilpraktiker/in, beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie
 Heilpraktiker/in, beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie nach Aktenlage
 Heilpraktiker/in, beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie
 Heilpraktiker/in, beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie nach Aktenlage

Ich habe bei keiner anderen Behörde eine Heilpraktikererlaubnis beantragt.
 bereits eine Heilpraktikererlaubnis beantragt, und zwar bei

(Behörde, Anschrift)

Gegen mich ist kein gerichtliches Strafverfahren/staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig.
 läuft ein gerichtliches Strafverfahren/staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren bei

(Behörde, Anschrift)

Folgende Unterlagen lege ich bei:

- tabellarischer Lebenslauf
- Ärztliches Zeugnis
- Amtliches Führungszeugnis (Belegart 0)
- Nachweis über den Schulabschluss
- Nachweis der Physiotherapieausbildung (für HP-Physio)

Gewünschter Überprüfungstermin: März/Jahr ➔ Unterlagen müssen im Anmeldezeitraum vom 01. bis 31. Dezember des Vorjahres eingegangen sein.

Oktober/Jahr ➔ Unterlagen müssen im Anmeldezeitraum vom 01. bis 31. Juli des Jahres eingegangen sein.

WICHTIG! Die Einzahlung der Prüfungsgebühr i.H.v. 307,00 Euro muss im o.g. Anmeldezeitraum eingegangen sein!
 Mittelbrandenburgische Sparkasse Potsdam
 IBAN: DE65 160500003502221536
 Verwendungszweck: PK: 46999985 / Vor-und Zuname (für HPÜ)
 PK: 46999986 / Vor-und Zuname (für sektorale HPÜ Physiotherapie)
 PK: 46999987 / Vor-und Zuname (für sektorale HPÜ Psychotherapie)

Ort, Datum	Unterschrift