

# Antrag Erteilung Erlaubnis zur Ausübung Heilkunde ohne Bestallung

Stand Februar 2024

Stadt Dortmund

Gesundheitsamt 53/1-2

Hoher Wall 9-11

44137 Dortmund

Name

Ort, Datum

Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJ)

Geburtsort

Straße

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

Terminwunsch für die Kenntnisüberprüfung:

März \_\_\_\_\_

Oktober \_\_\_\_\_

## Antrag auf Erteilung der eingeschränkten Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikererlaubnis). Ich bitte um Teilnahme an der oben gewählten Kenntnisüberprüfung.

Stadt Dortmund  
Gesundheitsamt



# Antrag Erteilung Erlaubnis zur Ausübung Heilkunde ohne Bestallung

Stand Februar 2024

Dem Antrag sind beigefügt:

- Kopie des Personalausweises (Vor- und Rückseite) **oder** aktuelle Meldebescheinigung
- Beglaubigte** Fotokopie Schulabschlusszeugnisses, mindestens der Hauptschule oder gleichwertig

1. Ich bin Mitglied im folgendem Heilpraktikerverband: (Name/Adresse/Telefon, wenn unzutreffend streichen)

2. Angaben zur Heilpraktikerausbildung (Zeitraum, Schule/Institution oder private Prüfungsvorbereitung bei einem Heilpraktiker. Welchem Verband gehört die Schule an?)

3. Im Falle einer Heilpraktikerschulbildung, benennen Sie Ihre Dozenten:

4. In der Vergangenheit habe ich an nachfolgend aufgeführten Gesundheitsämtern Kenntnisüberprüfungen erfolglos durchgeführt (Ort / Datum)

Ich versichere, dass ich in den letzten drei Jahren nicht rechtskräftig verurteilt wurde, kein Strafverfahren gegen mich anhängig ist und nicht gegen mich ermittelt wird.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort (zur Zeit der Anmeldung zur Überprüfung), Ort und Datum des Antrages, sowie meine Angabe, ob ich mich in der zurückliegenden Zeit einer Heilpraktikerüberprüfung im Bundesgebiet ohne Erfolg unterzogen habe, den Gesundheitsämtern in Nordrhein-Westfalen auf Anforderung zur Verfügung gestellt werden.

Ich bestätige, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_

Unterschrift

Stadt Dortmund  
Gesundheitsamt

