

Name

Ort, Datum

Vorname

Geburtsdatum (tt.mm.jj)

Geburtsort

Strasse

Plz

Ort

Telefon

Email

Terminwunsch für die Kenntnisüberprüfung:

März _____

Oktober _____

Stadt Dortmund

Gesundheitsamt 53/1

Hoher Wall 9-11

44137 Dortmund

Antrag auf Erteilung der eingeschränkten Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung auf dem Gebiet der Psychotherapie

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.

Dem Antrag sind beigefügt:

- Lebenslauf (tabellarisch)
- Kopie des Personalausweises (Vor und Rückseite) **oder** aktuelle Meldebescheinigung
- Beglaubigte** Fotokopie Schulabschlusszeugnisses, mindestens der Hauptschule oder gleichwertig
- Aktuelles erweitertes Führungszeugnis (vier Wochen vor der Kenntnisüberprüfung beantragen)
- Aktuelles ärztliches Attest (sollte vier Wochen vor der Kenntnisüberprüfung vom Hausarzt ausgestellt und eingereicht werden)

1. Ich bin Mitglied im folgendem Heilpraktikerverband : (falls nicht, bitte streichen)

(ggf. Name/Adresse/Telefon)

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

- 2.1. Im Falle einer Heilpraktikerschulausbildung, benennen Sie Ihre Dozenten:

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

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

Weiterhin bin ich 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.

Hiermit bestätige ich, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift