

**Fachdienst Gesundheit**Mommensenstraße 13  
23843 Bad Oldesloe

infektionsschutz@kreis-stormarn.de

**Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach dem Heilpraktikergesetz (HeilprG)**

- Heilpraktiker/in
- Heilpraktiker/in beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie
- Heilpraktiker/in beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie
- Heilpraktiker/in beschränkt auf das Gebiet der Podologie

**Persönliche Angaben**

Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geschlecht:  männlich  weiblich  divers  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum/-ort: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_

Mein Wunschtermin der schriftlichen Kenntnisprüfung ist: \_\_\_\_\_

**Erklärungen**

- Ich erkläre, dass kein gerichtliches oder staatsanwaltschaftliches Verfahren mit direktem oder indirektem Bezug zur beantragten Tätigkeit anhängig ist.
- Ich erkläre, dass bei keiner anderen Behörde ein Antrag nach dem Heilpraktikergesetz gestellt ist, über den noch nicht entschieden wurde.
- Ich habe zuvor bei einer anderen Behörde einen Antrag gestellt:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)                      Unterschrift Antragsteller/in**Hinweis:** Diesen Antrag spätestens 9 Wochen vor dem Kenntnisprüfungstermin einreichen!