

Landratsamt Würzburg  
Fachbereich 13  
Frau Konerth  
Zeppelinstr. 15  
97074 Würzburg

Tel: 0931 / 8003 – 5581  
Fax: 0931 / 8003 – 90 5581  
Email-Adresse: m.konerth@lra-wue.bayern.de  
Zimmer: 426, Haus 2

### Antrag auf Erteilung der Heilpraktikererlaubnis

Hiermit beantrage ich die Erteilung der Heilpraktikererlaubnis:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                                                                        |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Name, Vorname (auch Geburtsname, falls abweichend):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                                                                                        |                       |
| Geburtsdatum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Geburtsort           | Staatsangehörigkeit<br><input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____ | Berufsbezeichnung(en) |
| Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                                                                                        |                       |
| Telefon (freiwillig)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Telefax (freiwillig) | Email-Adresse (freiwillig)                                                             |                       |
| <input type="checkbox"/> Ich beabsichtige bei erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit auf dem Gebiet des Landkreises Würzburg tätig zu werden.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                                                                                        |                       |
| <input type="checkbox"/> Ich habe noch keine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz beantragt.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                                                                        |                       |
| <input type="checkbox"/> Ich habe bereits eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz beantragt und zwar bei:<br>Behörde, Anschrift                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                                                                                        |                       |
| <input type="checkbox"/> Ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren<br>läuft <u>nicht</u> gegen mich.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                                                                        |                       |
| <input type="checkbox"/> Ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren<br>läuft gegen mich bei:<br>Behörde, Anschrift                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                                                                        |                       |
| (Zur Abklärung des Anwendungsbereichs des Heilpraktikergesetzes) Haben Sie bereits eine Approbation als Arzt/Ärztin nach<br>§ 3 Bundesärzteordnung oder eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs nach § 10<br>Bundesärzteordnung erhalten?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                                                                        |                       |
| <b>Folgende Unterlagen lege ich bei:</b><br><input type="checkbox"/> Original oder amtlich beglaubigte Abschrift der Geburtsurkunde<br><input type="checkbox"/> ärztliches Zeugnis, wonach keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass Sie in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung<br>des Berufes als Heilpraktiker ungeeignet sind<br><input type="checkbox"/> Führungszeugnis <u>der Belegart O zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG</u><br><input type="checkbox"/> Original oder amtl. begl. Abschrift des Abschlusszeugnisses (mindestens Hauptschulabschluss)<br><input type="checkbox"/> Lebenslauf<br><input type="checkbox"/> _____ |                      |                                                                                        |                       |
| <b><u>„Hinweise zum Datenschutz und Ihren Rechten (Art. 13 ff. DS-GVO) finden Sie auf unserer Homepage unter<br/>www.landkreis-wuerzburg.de/Datenschutz.“</u></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                                                                        |                       |
| _____<br>Ort, Datum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      | _____<br>Unterschrift                                                                  |                       |