

## Anzeige der Tätigkeit als Heilpraktiker/in nach § 7 a NGÖDG

Landkreis Rotenburg (Wümme)  
Gesundheitsamt  
Frau Tiemann  
Amtsallee 4  
27432 Bremervörde

### 1. Persönliche Angaben

\_\_\_\_\_  
Anrede

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_  
Geburtsname (falls abweichend)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, Geburtsort

\_\_\_\_\_  
PLZ und Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnr.

\_\_\_\_\_  
E-Mail

2. Ich zeige die  Aufnahme /  Änderung /  Beendigung folgender Tätigkeit an:

- Heilpraktiker/in  
 Heilpraktiker/in, beschränkt auf Psychotherapie  
 Heilpraktiker/in, beschränkt auf Physiotherapie

Die Aufnahme der Tätigkeit erfolgt(e) am \_\_\_\_\_

Datum

Die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung nach dem Heilpraktikergesetz

- liegt bei (beglaubigte Kopie)  
 wurde von Landkreis Rotenburg (Wümme) ausgestellt

### 3. Tätigkeitsort

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung/Praxis

\_\_\_\_\_  
Telefonnr.

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Fax-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ und Wohnort

\_\_\_\_\_  
E-Mail

4. Berufsausübung

in eigener Praxis  angestellt  sonstige: \_\_\_\_\_

5. Angewandte heilkundliche Verfahren

invasive Verfahren (ggf. auf Zusatzblatt weiterführen):

---

---

---

---

nicht invasive Verfahren (ggf. auf Zusatzblatt weiterführen):

---

---

---

---

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift