

Name, Vorname		Absender bitte in Blockschrift ausfüllen
Straße, Nr.		
PLZ, Ort		
Telefon	E-Mail	

**Bezirksamt Lichtenberg von Berlin
Gesundheitsamt
Heilpraktikerbereich**

10360 Berlin

Hiermit stelle ich einen **Antrag auf eingeschränkte Erteilung der Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung auf dem Gebiet der PHYSIOTHERAPIE** gemäß § 1 des Heilpraktikergesetzes.

Die mündliche Überprüfung möchte ich im ablegen.
Monat / Jahr

oder

Erteilung nach Aktenlage.

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass ich die Heilkunde nur eingeschränkt auf dem Gebiet der heilkundlichen Physiotherapie ausüben werde.

Einwilligungserklärung nach der Datenschutz-Grundverordnung:

Die Datenschutzerklärung über die Speicherung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gemäß der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) ist auf den Service-Seiten des Heilpraktikerbereiches hinterlegt <https://www.berlin.de/ba-lichtenberg/auf-einen-blick/buergerservice/gesundheit/artikel.334742.php>



Ich bin mit der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Antragsbearbeitung für eine Heilkundeerlaubnis einverstanden.

Ja

Nein

Datum/Unterschrift