

Name, Vorname		<b>Absender bitte in Blockschrift ausfüllen</b>
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 PODOLOGIE** 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 Podologie 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