

Absender bitte in Blockschrift ausfüllen

| |
|---------------|
| Name, Vorname |
| Straße, Nr. |
| PLZ, Ort |
| Telefon |
| E-Mail |

**Bezirksamt Lichtenberg von Berlin
Gesundheitsamt
Heilpraktikerbereich**

10360 Berlin

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

Die schriftliche Überprüfung möchte ich im ablegen.
Monat / Jahr

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 <http://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