

Name, Vorname		Absender bitte in Blockschrift ausfüllen
Straße, Nr.		
PLZ, Ort		Geb. Datum
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 Psychotherapie** gemäß § 1 des Heilpraktikergesetzes.

Die schriftliche Überprüfung möchte ich im ablegen.
Monat / Jahr

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

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren oder staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig ist.

Erklärung nach der Datenschutz-Grundverordnung:

Die Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gemäß der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) ist auf den Service-Seiten des Heilpraktikerbereiches im Berliner Hauptstadtportal (QR-Code) hinterlegt. Die Erklärung zur Datenspeicherung habe ich zur Kenntnis genommen.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass die Angaben in diesem Antrag richtig und vollständig sind.

Datum/Unterschrift

