

Stadtverwaltung Frankfurt (Oder)  
Gesundheitsamt - Amt 53  
Logenstraße 6

15230 Frankfurt (Oder)

## Antrag auf Erteilung einer Heilpraktikererlaubnis

### Antragsteller/in

Name (auch Geburtsname, falls abweichend)		Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
PLZ	Wohnort	Straße
Telefon	Telefax	E-Mail

Ich beabsichtige, den Heilpraktikerberuf im Land Brandenburg auszuüben und beantrage deshalb die Erteilung einer Erlaubnis für die Berufsausübung als

- Heilpraktiker/in  Heilpraktiker/in, beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie  
 Heilpraktiker/in, beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie

Ich habe  bei keiner anderen Behörde eine Heilpraktikererlaubnis beantragt.  
 bereits eine Heilpraktikererlaubnis beantragt, und zwar bei

\_\_\_\_\_  
(Behörde, Anschrift)

Gegen mich  ist kein gerichtliches Strafverfahren / staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig.  
 läuft ein gerichtliches Strafverfahren / staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren bei

\_\_\_\_\_  
(Behörde, Anschrift)

Folgende Unterlagen lege ich bei:

- (tabellarischer) Lebenslauf  Amtliches Führungszeugnis (Belegart 0)  
 Ärztliches Zeugnis  
 Nachweis über den Schulabschluss (mind. Hauptschule; im Original oder amtlich beglaubigt)  
 Nachweis über die Physiotherapieausbildung  
 \_\_\_\_\_

Gewünschter Überprüfungstermin

- Oktober / Jahr \_\_\_\_\_ → Unterlagen müssen im Anmeldezeitraum von 01. – 31. Juli des Jahres eingegangen sein.  
 März / Jahr \_\_\_\_\_ → Unterlagen müssen im Anmeldezeitraum von 01. – 31. Dezember des Vorjahres eingegangen sein.

Ort, Datum	Unterschrift
_____	_____