Selbstauskunftsbogen für Heilpraktiker

Auskunft an das Gesundheitsamt Rottweil. Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen unter Angabe des Betreffs „Selbstauskunft Heilpraktiker“ per E-Mail an ifsg-meldeportal@landkreis-rottweil.de, oder per Post an das Gesundheitsamt Rottweil.

Die Datenschutzhinweise finden Sie auf der Website des Gesundheitsamts Rottweil.

Gesundheitsamt Rottweil
Heilpraktikerwesen
Bismarckstraße 19
78628 Rottweil

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname:	
Straße, Nr.:	PLZ / Ort:
Telefon:	
E-Mail-Adresse:	
(falls vorhanden) Name der Praxis:	
(falls vorhanden) Homepage:	
☐ Ich bin nicht mehr als Heilpraktiker:in im Landkreis Rottweil tätig. ➔ Das weitere Ausfüllen des Selbstauskunftsbogen ist nicht notwendig. Bitte senden Sie diesen aber trotzdem unterschrieben an uns zurück.	
☐ Ich bin als Heilpraktiker:in im Landkreis Rottweil tätig.	

2. Angaben zu den Räumlichkeiten

Die Praxisräume befinden sich an der oben genannten Adresse:

☐ Ja

☐ Nein: Adresse der Praxis _____

_____

_____

Ich arbeite in den oben genannten Praxisräumen allein:

☐ Ja

☐ Nein, Ich habe folgende, ebenfalls als **Heilpraktiker:in** tätige Angestellte:

(Name, Vorname) _____

_____

_____

_____

☐ Ich beschäftige außerdem folgende Personen:

(Name, Vorname, Tätigkeit) _____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ Folgende Personen nutzen die o.g. Räumlichkeiten als selbstständige Heilpraktiker:in:

(Name, Vorname) _____

_____

_____

_____

3. Angaben zur Tätigkeit

Die Erlaubniserteilung zur Ausübung der Heilkunde erfolgte am _____ durch

_____

Ich bin
☐ allgemeiner Heilpraktiker
☐ Heilpraktiker beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie
☐ Heilpraktiker beschränkt auf das Gebiet der Ergotherapie
☐ Heilpraktiker beschränkt auf das Gebiet der Logopädie
☐ Heilpraktiker beschränkt auf das Gebiet der Podologie
☐ Heilpraktiker beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie

4. Angaben zum Behandlungsspektrum

☐ Ich führe keine invasiven Maßnahmen durch ☐ Ich führe invasive Maßnahmen durch, die die Haut- und Schleimhautbarriere verletzen, z.B. ☐ Aderlass ☐ Akupunktur ☐ Blutegeltherapie ☐ Blutentnahmen ☐ Blutiges Schröpfen ☐ Baunscheidt- Verfahren ☐ Eigenblutttherapie ☐ Faltenunterspritzung ☐ Hämatogene Oxidationstherapie (HOT) ☐ Infusionen ☐ Injektionen ☐ Mesotherapie ☐ Neuraltherapie ☐ Piercing ☐ Tätowierung ☐ Thymustherapie ☐ sonstige invasive Verfahren: _____ _____ _____	Bitte vollständige und möglichst genaue Auflistung der angebotenen Diagnostik- und Behandlungsmethoden: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

5. Hygieneplan inkl. Reinigungs- und Desinfektionsplan

☐ nicht vorhanden ☐ vorhanden, letzte Aktualisierung am: _____

6. Instrumente und Medizinprodukte

☐ Ich verwende ausschließlich Einmalprodukte

☐ Ich bereite folgende Geräte/ Instrumente/ Medizinprodukte auf:

Geräte/ Instrumente/ Medizinprodukte	**Aufbereitungsverfahren**

7. Anmerkungen / Sonstiges

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Hiermit versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben genannten Angaben.

_____, den _____ _____

Ort Datum Unterschrift