



LANDRATSAMT  
NEUSTADT A. D. WALDNAAB

**Antrag auf Erteilung der Heilpraktikererlaubnis**  
**O unbeschränkt**  
**O beschränkt auf das Gebiet der .....**  
**(z.B. Physiotherapie Psychotherapie Podologie)**

**Antragsteller:**

Name, Vorname (auch Geburtsname, falls abweichend):			
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	
Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer:			
Telefon:	Telefax:	Handynummer:	E-Mail-Adresse:
<b>Bei Ausländern:</b> Aufenthalts- <input type="checkbox"/> berechtigung <input type="checkbox"/> bewilligung <input type="checkbox"/> erlaubnis <input type="checkbox"/> befugnis gültig bis:		<b>Passkopie (Nur die Seiten mit den Personaldaten des Passinhabers und mit der Aufenthaltsgenehmigung!) bzw. Kopie des EU-Ausweises <u>bitte beifügen!</u></b>	
<input type="checkbox"/> Ich habe bisher noch keine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz beantragt.			
<input type="checkbox"/> Ich habe bereits eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz beantragt, und zwar bei: Behörde, Anschrift _____			
<input type="checkbox"/> Ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren läuft nicht gegen mich.			
<input type="checkbox"/> Ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren läuft gegen mich bei: Behörde, Anschrift: _____			
<b>Folgende Unterlagen lege ich bei:</b>			
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde			
<input type="checkbox"/> Lebenslauf			
<input type="checkbox"/> Meldebescheinigung			
<input type="checkbox"/> Führungszeugnis nach § 30 Abs. 5 BZRG			
<input type="checkbox"/> Nachweis darüber, dass mindestens die Hauptschule erfolgreich abgeschlossen wurde			
<input type="checkbox"/> ärztliches Zeugnis nicht älter als 3 Monate			

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

An das  
Landratsamt  
Neustadt a.d. Waldnaab  
Sachgebiet 34  
Maistr. 7 - 9  
92637 Weiden i. d. OPf.