Name, Vorname(n), Anschrift:	Ort, Datum:
☎ E-Mail:	Termin der Kenntnisüberprüfung: ☐ **Frühjahr 20____** ☐ **Herbst 20____**

Landkreis Jerichower Land
Gesundheitsamt
Bahnhofstraße 9
39288 Burg

Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde -
Heilpraktikererlaubnis im Bereich: _____

Dem Antrag sind die Dokumente im Original oder als beglaubigte Kopien beigefügt:

- ☐ ein kurz gefasster Lebenslauf
- ☐ die Geburtsurkunde oder ein Auszug aus dem Familienbuch der Eltern, bei verheirateten auch die Heiratsurkunde oder ein Auszug aus dem für die Ehe geführten Familienbuch, bei eingetragener Lebenspartnerschaft der entsprechende Nachweis
- ☐ ein Nachweis über die Staatsangehörigkeit (Personalausweis, Reisepass, in Zweifelsfällen Staatsangehörigkeitszeugnis)
- ☐ eine Bescheinigung der zuständigen Meldebehörde, aus der hervorgeht, dass ich meinen Hauptwohnsitz seit mindestens drei Monaten in Sachsen-Anhalt habe, und die **nicht früher als einen Monat vor der Vorlage (Einreichung) ausgestellt** ist
- ☐ ein amtliches Führungszeugnis, das **nicht früher als einen Monat vor der Vorlage (Einreichung) ausgestellt** wurde

☐ eine ärztliche Bescheinigung, die **<u>nicht</u> früher als einen Monat vor der Vorlage (Einreichung) ausgestellt** wurde, wonach keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ich wegen eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche meiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufes als Heilpraktikerin oder Heilpraktiker unfähig oder ungeeignet bin

☐ ein Nachweis darüber, dass ich mindestens die Hauptschule oder eine gleichwertige Schulbildung abgeschlossen habe

☐ eine (formlose) Erklärung, ob und gegebenenfalls bei welcher Behörde zuvor eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikerrecht beantragt wurde

☐ ein Nachweis über die Zahlung des Kostenvorschusses in Höhe von **315,00 Euro** auf Grund des § 7 Abs. 2 Satz 1 des Verwaltungskostengesetzes des Landes Sachsen-Anhalt (VwKostG LSA) für die mündliche und schriftliche Kenntnisüberprüfung:

Bankverbindung:	**Sparkasse MagdeBurg**
IBAN:	**DE20 8105 3272 0511 0071 16**
BIC:	**NOLADE21MDG**
Zahlungsgrund:	**414001.431100 / *„Name, Vorname - Heilpraktikerprüfung“***

Angaben zur Heilpraktikerausbildung (Zeitraum, Schule/Institution oder private Prüfungsvorbereitung bei einem Heilpraktiker)

_____

_____

Durch meine Unterschrift versichere ich, dass ich in den letzten drei Jahren nicht rechtskräftig verurteilt wurde, kein Strafverfahren gegen mich anhängig ist oder gegen mich ermittelt wird.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich die Informationen zum Datenschutz (siehe Anlage) zur Kenntnis genommen habe.

Mir ist bewusst, dass für die Amtshandlung im Rahmen der Prüfung und Bearbeitung des Antrages auf Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde nach dem Heilpraktikergesetz Kosten in Höhe von insgesamt 171,20 Euro erhoben werden. Dazu erfolgt ein gesonderter Kostenbescheid.

(Dieser Betrag setzt sich wie folgt zusammen:

1.	Gebühren für die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde	168,00 Euro
2.	<u>Auslagen - für die Postzustellungsurkunde</u>	<u>3,20 Euro</u>
	Insgesamt:	171,20 Euro)

Hiermit bestätige ich, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Mit freundlichen Grüßen

_____

Ort/Datum Unterschrift