

Anmeldung der Tätigkeit als Heilpraktikerin/Heilpraktiker

Ich nehme die Tätigkeit als **Heilpraktiker/in**
oder als **Heilpraktiker/in beschränkt** auf das Gebiet der

wahr.

Persönliche Angaben

Familienname		Vorname	
Geburtsname (bei Abweichung)	Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht
Telefon	Mobil	E-Mail-Adresse	

Privatanschrift

Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Ort
-----------------------	--------------	-----

Berufsausübung

in eigener Praxis freiberuflich angestellt Ausschließlich Hausbesuche

Aufnahme der Tätigkeit am : _____

Praxisanschrift

Straße und Hausnummer		Postleitzahl, Ort
Telefon	Telefax	E-Mail-Adresse
Internetadresse		

Die Praxis wird alleine betrieben

ja nein Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft

Inhaberin/Inhaber der Praxis

Familienname	Vorname
--------------	---------

Anschrift der Praxisinhaberin/des Praxisinhabers:

Straße und Hausnummer	Postleitzahl, Ort
-----------------------	-------------------

Angewendete heilkundliche Verfahren

Erklärung

1) Ich führe keine invasiven Methoden durch
(keine Verletzung des menschlichen Körpers zum Beispiel durch Nadeln, Schnitte etc.)

2) Ich biete folgende Therapien an

A – Blutentnahmen/Spritzen/Injektionen/Akupunktur

Injektionen Infusionen Akupunktur Faltenunterspritzung

Neuraltherapie Ultra-Violett-Bestrahlung des Blutes

Eigenbluttherapie HOT – Hämatogene Oxidationstherapie

sonstige Blutozonierungs- oder -oxygenierungsverfahren:

B – Ausleitverfahren

Aderlass Blutegeltherapie blutiges Schröpfen Baunscheidtieren

C – Weitere Therapieverfahren bzw. Leistungen

Piercing Kolontherapie Balneotherapie (Kneipp, Floating, andere)

Entfernung von Tätowierungen, Altersflecken und Warzen, zum Beispiel mit Laser, IPL

Entfernung von Teleangiektasien durch Koagulation/Laserepilation

D – Weitere invasive Maßnahmen

3) Sonstige Therapieangebote

4) Ich beschäftige

in meiner Praxis keine weiteren Personen

5) Ich beschäftige

Personen mit Erlaubnis nach dem HeilprG Personen mit Erlaubnis nach HeilprG
 eingeschränkt auf dem Gebiet der Physiotherapie

sonstige Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit folgenden Tätigkeiten:

Ort und Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie diese Anmeldung im **Original** und die auf Seite 1 genannten Kopien an die folgende Postanschrift.

**Landkreis Celle -Gesundheitsamt-
Trift 26, 29221 Celle**

Informationspflicht bei der Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person für die Kontrolle der Heilpraktiker im Landkreis Celle gemäß § 7 a des niedersächsischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zweck der Kontrolle der Heilpraktiker des Landkreises Celle verarbeitet. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitung ist § 3 des Gesetzes zur Neuordnung des niedersächsischen Datenschutzes in Verbindung mit § 7a des niedersächsischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Ich speichere Ihre personenbezogenen Daten nur solange, wie dies für die Erfüllung des genannten Zwecks und zur Erfüllung der gesetzlichen Vorschriften erforderlich ist.

Ihre personenbezogenen Daten werden im Gesundheitsamt an das Sachgebiet „Heilpraktikerwesen“ weitergeleitet.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist der Landkreis Celle, Trift 26, 29221 Celle, Tel.: 05141/916-0, E-Mail: datenschutz@lkcelle.de

Sie können außerdem den Datenschutzbeauftragten des Landkreises Celle Dr. Georg Scheja von Scheja und Partner, Rechtsanwälte mbB, Adenauerallee 136, Tel.: 0228/2272 26-0, Fax: 0228 / 2272, **Kontakt** via <https://www.scheja-partner.de/kontakt/kontakt.html> kontaktieren.

Sie können gegenüber dem Landkreis Celle folgende Rechte geltend machen:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung.

Darüber hinaus steht Ihnen bei der Landesbeauftragten für den Datenschutz Niedersachsen (Prinzenstr. 5, 30159 Hannover, Tel.: 0511-120-4500, Fax: 0511-120-4599 E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de, www.lfd.niedersachsen.de) ein Beschwerderecht zu.