



## 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.

**Region Hannover, Fachbereich Gesundheit, OE 53.01  
Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover**



---

## **Informationspflicht bei der Erhebung personenbezogener Daten auf Grund Artikel 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)**

---

Mit diesen Datenschutzhinweisen informieren wir Sie über Art, Umfang und Zweck der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten.

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zweck der Erfassung von niedergelassenen Heilpraktikern/Innen in unserem Zuständigkeitsbereich genutzt.

Im Rahmen der o.g. Tätigkeiten werden die Daten erhoben, verarbeitet und genutzt, die uns mitgeteilt werden bzw. die von uns ermittelt werden. Dies umfasst insbesondere die Angabe zu Ihrer Person (Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse).

Die Daten werden in Abhängigkeit der weiteren Verwendung gespeichert, soweit und solange dies zur Erfüllung der Aufgaben notwendig ist. Der Speicherzeitraum beginnt mit der Erhebung der Daten.

Ihre personenbezogenen Daten werden bei Erfordernis unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben an die für die notwendige Mitwirkung zuständige Behörde bzw. an das fachlich zuständige Amt innerhalb und außerhalb der Regionsverwaltung weitergeleitet.

Die Region Hannover als verantwortliche datenverarbeitende Stelle können Sie postalisch unter Region Hannover, Hildesheimer Straße 20, 30169 Hannover erreichen. Sie können außerdem den Datenschutzbeauftragten der Region Hannover unter [Datenschutz@region-hannover.de](mailto:Datenschutz@region-hannover.de) kontaktieren.

Sie können gegenüber der Region Hannover 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 bzw. dem Landesbeauftragten für den Datenschutz ein Beschwerderecht frei.