|  |  |
| --- | --- |
| Landkreis FuldaGesundheitsamtOtfrid-von-Weißenburg-Str. 3**36043 Fulda** |  |

**Antrag auf Erteilung einer Heilpraktikererlaubnis**

Hiermit beantrage ich

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name | Ggf. Geburtsname | Vorname |
| Geb. Datum | Geburtsort | Staatsangehörigkeit | Geschlecht[ ]  m [ ]  w |
| PLZ | Wohnort | Straße |
| Telefon | FAX | Email |
| [ ]  die Erteilung der Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (allgemeine Heilpraktikererlaubnis).[ ]  die Erteilung der Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung, beschränkt auf das Gebiet der [ ]  Psychotherapie oder [ ]  Physiotherapie oder [ ]  Logopädie |
| Die Tätigkeit als Heilpraktiker(in) beabsichtige ich in  auszuüben.(Postleitzahl, Ort) |
| Sofern eine schriftliche und/oder mündliche Überprüfung erforderlich ist, möchte ich an einer solchen im [ ]  Frühjahr 20 (i.d.R. dritter Mittwoch im März) [ ]  Herbst 20 (i.d.R. zweiter Mittwoch im Oktober)teilnehmen. |
| Erklärung:Ich erkläre, dass in den letzten 5 Jahren:1. von mir bei[ ]  keiner[ ]  folgendenanderen deutschen Behörde ein Antrag auf Erteilung der Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz gestellt wurde:2. kein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren gegen mich anhängig war oder ist,3. folgende/s Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft über Verfahren gegen mich vorliegen/vorliegt:  |

|  |
| --- |
| Ich bin damit einverstanden, dassdas Gesundheitsamt im Rahmen der Überprüfung meiner persönlichen Zuverlässigkeit weitergehende Ermittlungen hinsichtlich eventuell schwebender Verfahren und Verfahrenseinstellungen bei der Polizei und den Strafverfolgungsbehörden durchführt,* das Gesundheitsamt Einsichtnahme in bereits laufende bzw. abgeschlossene Antragsverfahren (Nr.1) nehmen kann und der aktenführenden Behörde erlaubt wird, hierzu den Aktenvorgang zu übersenden.
* zur Beurteilung der von mir vorgelegten Unterlagen ggf. das Gutachten eines Sachverständigen eingeholt wird und die hierfür eventuell entstehenden Kosten von mir zu tragen sind,
* bei Erlaubniserteilung, Antragsablehnung oder –rücknahme sowie bei einer Terminabsage des Antragsstellers innerhalb von 6 Wochen vor dem Überprüfungstermin Gebühren erhoben werden.

Ich erkläre hiermit meine Bereitschaft zur Teilnahme an der für mich kostenpflichtigen Überprüfung (schriftlich und mündlich/praktisch) durch das Gesundheitsamt falls die von mir vorgelegten Unterlagen nicht ausreichen, meine Eignung für die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung aufzuzeigen.Das Informationsblatt nach Art. 13 Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) habe ich zur Kenntnis genommen |

Ich versichere, den vorstehenden Antrag auf Erteilung der Erlaubnis wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt zu haben.



Datum Unterschrift

**Rechtsgrundlagen/ erforderliche Nachweise:**

Die Notwendigkeit und die Voraussetzungen für die Erteilung einer Heilpraktikererlaubnis ergeben sich aus dem Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz), der Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz (DVO-HeilprG) sowie den Richtlinien zur Durchführung des Heilpraktikergesetzes.

Grundsätzlich ist für die Erteilung der Heilpraktikererlaubnis die Behörde zuständig, in deren Bezirk der/die Antragsteller/in seinen/ihren Hauptwohnsitz hat. Beim Landkreis Fulda obliegt dem Kreisgesundheitsamt sowohl die Antragsentscheidung als auch die Abnahme erforderlicher Prüfungen.

Zum Zwecke der Antragsprüfung sind dem Kreisgesundheitsamt folgende Unterlagen und Nachweise vorzulegen:

* Geburtsurkunde (Original oder beglaubigte Kopie), bei Namensänderung eine entsprechende Urkunde
* Kopie des gültigen Personalausweises / Reisepasses mit Meldebescheinigung,
* Amtliches Führungszeugnis der Belegart „0“. (nicht älter als drei Monate vor dem Überprüfungstermin),
* Nachweis über den Abschluss der Schulausbildung (Zeugnisse) – es muss mindestens ein Hauptschulabschluss vorliegen,
* ggf. Diplom-Zeugnis, Bescheinigungen über Aus- und Fortbildungen, etc.,
* Lebenslauf,
* Ärztliche Bescheinigung (nicht älter als 3 Monate), dass keine Anhaltspunkte vorliegen, dass die den Antrag stellende Person in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes ungeeignet ist
* Nachweis (z.B. Absichtserklärung) über die Aufnahme einer Heilpraktikertätigkeit im Landkreis Fulda, wenn Antragssteller **nicht** im Landkreis Fulda wohnhaft ist.

**Informationsblatt**

**gemäß Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)**

Gemäß Art. 13 DS-GVO sind wir verpflichtet, Sie über die wesentlichen Inhalte der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, die Sie uns im Zusammenhang mit der von Ihnen beantragten Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde genannt haben, zu informieren.

**1. Kontaktdaten**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.1 Verantwortlicher gem. Art. 4 Ziff. 7 DS-GVO für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist: | Der Kreisausschuss des Landkreises FuldaWörthstr. 15, 36037 Fulda, Telefon: 0661/6006-0, E-Mail: info@landkreis-fulda.de |
| 1.2 Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten gem. Art. 37 ff. DS-GVO in Verbindung mit §§ 5 ff. HDSIG:  | Datenschutzbeauftragter des Landkreises Fulda, Wörthstr. 15, 36037 Fulda, Telefon: 0661/6006-1301, E-Mail: datenschutzbeauftragter@landkreis-fulda.de |

2. Zweck, Umfang und Erforderlichkeit der Datenverarbeitung

|  |  |
| --- | --- |
| 2.1 Die von Ihnen im Antrag angegebenen sowie im weiteren Verlauf der Abwicklung des Verfahrens ggf. noch erhobenen personenbezogenen Daten sollen zu dem folgenden Zweck erhoben und verarbeitet werden: | Erteilung einer Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde nach § 1 HeilprG. |
| 2.2 Die Rechtsgrundlage für die oben geschilderte Datenverarbeitung findet sich in: | § 2 Abs. 1 HeilprGDV 1 i. V. m. § 18 Abs. 4 HGöGD i. V. m. § 20 Abs. 1 Ziff. 3 HDSIG i. V. m. Art. 6 Abs. 1 lit. c DS-GVO |
| 2.3 Ihre Daten werden zum Zweck der Bearbeitung Ihres Anliegens an die neben benannten Empfänger weitergeleitet:Eine Weiterleitung an Drittländer oder internationale Organisationen erfolgt nicht. | Der Bescheid wird gem. § 3 Abs. 2 HeilprGDV 1 der zuständigen Ärztekammer zugestellt |
| 2.4 Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist aus den neben genannten Gründen zur Durchführung des Verwaltungshandelns erforderlich.Bei Nichtbereitstellung der Daten ergeben sich die benannten Folgen. | □ gesetzliche Pflicht zur Bereitstellung x gesetzlich/vertraglich vorgeschrieben □ erforderlich für Vertragsabschluss □ liegen in unserem berechtigten Interesse Bei Nichtangabe der Daten x kann die beantragte Erlaubnis nicht erteilt werden□ können wir unsere Leistungen nur eingeschränkt erbringen. |

**3. Dauer der Speicherung**

|  |  |
| --- | --- |
| Ihre Daten werden bei uns entsprechend der rechtlichen Vorgaben für die nebenstehend angegebene Dauer gespeichert. Danach werden sie gelöscht. | Speicherdauer: 10 Jahre (Prüfungsunterlagen)30 Jahre (Erlaubnisunterlagen) |

**4. Ihre Rechte als Betroffene/r**

|  |
| --- |
| Als betroffene Person haben Sie ein Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten gem. Art. 15 DS-GVO, ein Recht auf Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten gem. Art. 16 DS-GVO, ein Recht auf Löschung Ihrer personenbezogenen Daten gem. Art. 17 DS-GVO, ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung gem. Art. 18 DS-GVO, ein Recht auf Datenübertragbarkeit bei Vorliegen der Voraussetzungen des Art. 20 DS-GVO sowie ein Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung nach Art. 21 DS-GVO. Sofern die Datenverarbeitung auf Grundlage Ihrer Einwilligung erfolgt, haben Sie das Recht, diese im Sinne von Art. 6 Abs. 1 lit. a oder Art. 9 Abs. 2 lit. a DS-GVO jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtsmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Ferner haben Sie gem. Art. 77 DS-GVO das Recht der Beschwerde wegen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bei dem **Hessischen Datenschutzbeauftragten**, Postfach 3163, 65021 Wiesbaden, unserer Aufsichtsbehörde. |