



Kreis Mettmann  
Gesundheitsamt  
53-11  
Postfach  
40806 Mettmann

**Anmeldung der Aufnahme einer Tätigkeit nach § 18 ÖGDG**  
(nichtakademische Heilberufe, ambulante Pflegedienste,  
freiberuflich tätige Altenpfleger/-innen)

**Personalien**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Name (ggfs. Geburtsname)

Vorname

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Geboren am

Geburtsort

<input type="text"/>
----------------------

Privatanschrift (Straße und Hausnummer)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Wohnort

PLZ

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Telefon

E-Mail-Adresse

Hiermit zeige ich nach § 18 in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Nr. 6 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (ÖGDG NRW) meine Arbeitsaufnahme

Als

zum  an.

Berechtigungsnachweise bzw. Erlaubnisurkunden bitte in **beglaubigter Kopie und** Personalausweis/Reisepass in Kopie dieser Tätigkeitsanzeige beifügen.

### Berufsurkunde

erteilt am

erteilt von

### Berufsausübung

selbständig in eigener Praxis       Hausbesuchspraxis       freiberuflich

### Praxisanschrift

PLZ

Ort

Straße

Telefon

E-Mail-Adresse

Internetadresse

Name des Praxisbetreibers

### Sofern Antragsteller und Praxisinhaber nicht identisch sind:

Wohnort

Straße

Telefon

E-Mail-Adresse

Beginn der Tätigkeit

### Mitarbeiter

- in meiner Praxis sind keine weiteren Personen beschäftigt
- ich beschäftige Personen mit einer Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz
- ich beschäftige Personen mit einer sektoralen Heilpraktikererlaubnis
- ich beschäftige Angehörige eines nichtakademischen Heilberufes
  
- eine Namensliste meiner Mitarbeiter sowie deren beglaubigte Kopien der Berechtigungsnachweise / Erlaubnisurkunden sowie Kopien des Personalausweises / Reisepasses sind in der Anlage beigefügt

## Erklärung

ich führe keine invasiven Methoden durch (keine Verletzung des menschlichen Körpers durch z.B. Nadeln, Schnitte etc.)

ich führe invasive Methoden durch und biete folgende Therapien an:

### a) Blutentnahme/Spritzen/Injektionen/Akupunktur

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Akupunktur  | <input type="checkbox"/> klassische Eigenblutbehandlung        |
| <input type="checkbox"/> Injektionen   | <input type="checkbox"/> HOT – Hämatogene Oxidationstherapie   |
| <input type="checkbox"/> Infusionen  | <input type="checkbox"/> UV-Licht-aktivierte Eigenbluttherapie |
| <input type="checkbox"/> Neuraltherapie  | <input type="checkbox"/> Ultra-Violett-Bestrahlung des Blutes  |
| <input type="checkbox"/> sonstige Blutozonierungs- oder -oxygenierungsverfahren: |  |
- 

### b) Ausleitverfahren

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aderlass             | <input type="checkbox"/> Blutegeltherapie   |
| <input type="checkbox"/> unblutiges Schröpfen | <input type="checkbox"/> blutiges Schröpfen |

### c) Weitere Therapieverfahren bzw. Leistungen

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Piercing  | <input type="checkbox"/> Behandlung von diabetischen Füße          |
| <input type="checkbox"/> Kolontherapie   | <input type="checkbox"/> Balneotherapie (Kneipp, Floating, andere) |
| <input type="checkbox"/> Nagelprothetik  | <input type="checkbox"/> Entfernen von Hühneraugen                 |
| <input type="checkbox"/> Entfernung von Teleangiektasien durch Koagulation/Laserepilation            |  |
| <input type="checkbox"/> Entfernung von Tätowierungen, Altersflecken und Warzen z. B. mit Laser, IPL |  |

### d) Weitere Behandlungsmaßnahmen:

---

### e) Andere Therapieangebote:

---

Eine **Praxisanmeldung** zur Vorlage bei der Krankenkasse (gegen eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 25€) ist erwünscht

- ja  nein

---

Ort, Datum

---

Unterschrift