

Regionalverband Saarbrücken
– als Kreispolizeibehörde –

Postfach 103055
66030 Saarbrücken

Antrag auf Erteilung der Heilpraktikererlaubnis gemäß § 1 Abs. 1 Heilpraktikergesetz

- Heilpraktikererlaubnis**
- Heilpraktikererlaubnis**, beschränkt auf das Gebiet der **Physiotherapie**
- Heilpraktikererlaubnis**, beschränkt auf das Gebiet der **Psychotherapie**
- Heilpraktikererlaubnis**, beschränkt auf das Gebiet der **Podologie**

Folgende Unterlagen sind fristgerecht einzureichen:

(Fristende 31.12./Frühjahr bzw. 30.06./Herbst des jeweiligen Jahres)

- **Lichtbild**
- **Lebenslauf**
- **Führungszeugnis** – Belegart o
zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG, das nicht älter als drei Monate sein darf.
Verwendungszweck: Heilpraktikererlaubnis
- **Attest des Hausarztes** (Original)
über die gesundheitliche und geistige Eignung zur Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung,
das nicht älter als drei Monate sein darf
- **Bildungsnachweis** (beglaubigt) – mindestens Hauptschulabschluss
- **Meldebescheinigung der Wohnsitzgemeinde** – bei Personen mit erstem Wohnsitz außerhalb
des Saarlandes



ANTRAG AUF ERTEILUNG
DER HEILPRAKTIKERERLAUBNIS



Antragstellende Person

Name		Vorname(n)	
Geburtsname		Geburtsort	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
Straße, Hausnummer		PLZ/Wohnort (1. Wohnsitz)	
Telefon		Mobilnummer	
E-Mail			

Es ist mir bekannt, dass ich nicht zur Überprüfung durch die Erlaubnisbehörde zugelassen werde, wenn die geforderten Unterlagen bis zum jeweiligen Fristende (31.12. bzw. 30.06.) der Erlaubnisbehörde nicht VOLLSTÄNDIG vorliegen.

Ich erkläre hiermit, dass gegen mich derzeit kein gerichtliches Strafverfahren oder staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren anhängig ist.

Ferner erkläre ich, dass ich

- noch **keinen Antrag** auf Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz gestellt habe
- bereits Anträge gestellt habe und zwar zuletzt im Jahr _____
 - beim Regionalverband Saarbrücken
 - bei folgender Behörde: _____

Weiterhin erkläre ich, den Heilpraktikerberuf nur auf dem beantragten Gebiet auszuüben. (nur für sektorale Heilpraktiker/-in)

Bitte merken Sie mich für die Überprüfung vor für:

- das Frühjahr 20__
- den Herbst 20__

Ort/Datum

Unterschrift