



Stadt Ingolstadt
Gesundheitsamt
z. Hd. Herrn Stefan
Esplanade 29
85049 Ingolstadt

Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der Psychotherapie für Diplom-Psychologen ohne ärztliche Approbation

Antragsteller/in:

Bitte leserlich ausfüllen!

Nachname		Vorname(n)		Geburtsname	
Geburtsdatum	Geburtsort		Staatsangehörigkeit		
Anschrift (Straße, Hausnummer)			Wohnort (PLZ, Ort)		
E-Mail		Tel. tagsüber		Fax	

Ich beabsichtige, mich in Ingolstadt als heilkundliche/r Psychotherapeut/in niederzulassen und beantrage daher die Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung des Berufes, beschränkt auf die heilkundliche Psychotherapie.

Im Rahmen des Antrages auf die Heilpraktikererlaubnis gebe ich folgende Erklärungen ab:

- Gegen mich ist derzeit weder ein gerichtliches Strafverfahren noch ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig.
- Ich habe noch **keinen** Antrag auf Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz gestellt.
- Ich habe bereits einen Antrag gestellt, (zuletzt) im Jahre
- beim Gesundheitsamt der Stadt Ingolstadt
- bei folgender anderen Behörde:

Folgende Unterlagen sind einzureichen:

Lebenslauf (tabellarisch; wichtig sind Angaben zu Ihrer Vorbereitung auf den künftigen Beruf sowie das gewünschte Spezialgebiet)
Personalausweis oder Pass (Kopie)
Bildungsnachweis / Zeugnis (beglaubigte Kopie) (erfolgreicher Hauptschulabschluss oder ein anderer gleichwertiger oder höherwertiger Schulabschluss (Ausländische Schulzeugnisse müssen von einer deutschen Behörde anerkannt sein); bei Vorlage einer einfachen Kopie ist das Original zur Einsicht vorzulegen; bitte keine Originale einsenden!)
Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde nicht älter als 3 Monate bei Antragstellung; erhältlich bei der Meldebehörde; der Verwendungszweck „Heilpraktikererlaubnis“ muss angegeben sein; Zustellung direkt an das Gesundheitsamt, Belegart 0
Gesundheitszeugnis (Original; max. 3 Monate alt bei Antragstellung) - siehe Muster -

Für die Erlaubnis fallen derzeit nachstehende Gebühren und Auslagen an:

Bearbeitungs- und Bescheidgebühr			100,00 €
Auslagen für Postzustellungsauftrag			2,32 €
Schmuckkunde	<input type="checkbox"/> erwünscht	<input type="checkbox"/> nicht erwünscht	30,00 €

Mit Zusendung der Erlaubnis erhalten Sie die Kostenmitteilung.

Ort	Datum	Unterschrift
------------	--------------	---------------------

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der Stadt Ingolstadt

Name ausstellende/r Arzt / Ärztin,
Praxisanschrift oder Praxisstempel

Beurteilung der gesundheitlichen Eignung zur Ausübung des Heilpraktikerberufs

Ausstellungsdatum:

von

Nachname	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Geburtsort

zur Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne ärztliche Approbation

zur Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne ärztliche Approbation,
beschränkt auf das Gebiet der **Psychotherapie**

zur Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne ärztliche Approbation,
beschränkt auf das Gebiet der **Physiotherapie**

zur Erteilung der Psychotherapie-Erlaubnis nach HeilprG für Diplom-Psychologen

Die/ Der Vorgenannte wurde heute von mir untersucht.

Sie/ Er ist in physischer und psychischer Hinsicht geeignet zur Ausübung des Heilpraktikerberufes/
der Psychotherapie. Sie/ er ist frei von Suchtkrankheiten.

Ergänzende Bemerkungen / Einschränkungen:

Unterschrift der Ärztin/des Arztes