

Eingangsvermerk: \_\_\_\_\_

⇩ Bitte senden an:

Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises  
Abteilung Gesundheit  
Schlossstraße 20  
35745 Herborn

**Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde  
nach § 1 des Gesetzes über die berufsmäßige Ausübung  
der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz)**

Name	
Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
ggf. weiterer Wohnsitz	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	
Telefon, Fax, Handy, E-Mail	

**Ich beabsichtige den Heilpraktikerberuf im Lahn-Dill-Kreis auszuüben und beantrage  
deshalb die Erteilung der Erlaubnis für**

<input type="checkbox"/> Heilpraktiker (Allgemein) <input type="checkbox"/> Heilpraktiker (Psychotherapie) <input type="checkbox"/> Heilpraktiker (Physiotherapie)	<input type="checkbox"/> Heilpraktiker (Logopädie) <input type="checkbox"/> Heilpraktiker ( _____ ) <input type="checkbox"/> Diplom-Psychologen
--	---

- Kenntnisse und Fähigkeiten habe ich mir im Selbststudium angeeignet.
- Ich habe folgende Lehranstalt besucht:

Name, Anschrift

- Die Lehranstalt ist folgendem Fachverband angeschlossen:

Name, Anschrift

- Ich habe bei keiner anderen Behörde eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz beantragt.
- Ich habe bereits eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz beantragt und zwar bei:

Name, Anschrift	Jahr

- Gegen mich ist kein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren anhängig.
- Gegen mich ist ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren anhängig und zwar bei:

Name, Anschrift	Aktenzeichen
Name, Anschrift	Aktenzeichen

- Ich bin damit einverstanden, dass das Gesundheitsamt des Lahn-Dill-Kreises bei der Polizei bzw. bei der Staatsanwaltschaft Daten über die oben genannten Verfahren erhebt, soweit dies für die Überprüfung der Zuverlässigkeit meiner Person erforderlich ist. Mir ist bekannt, dass die Verweigerung der Zustimmung die Ablehnung der Erlaubniserteilung begründen kann.

Folgende Unterlagen lege ich meinem Antrag bei (Original oder beglaubigte Abschrift):

<input type="checkbox"/> Kurz gefasster Lebenslauf mit Lichtbild.
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde oder Geburtsschein, bei Namensänderung eine entsprechende Urkunde.
<input type="checkbox"/> Amtliche Meldebestätigung der zuständigen Meldebehörde.
<input type="checkbox"/> Amtliches Führungszeugnis der Belegart „O“. (am Tag der Antragstellung nicht älter als 3 Monate)
<input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung, wonach keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ich in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes als Heilpraktiker ungeeignet bin. (am Tag der Antragstellung nicht älter als 3 Monate)
<input type="checkbox"/> Nachweis darüber, dass ich mindestens die Hauptschule abgeschlossen habe oder eine gleichwertige oder höherwertige Schulbildung besitze.
<input type="checkbox"/> Diplomurkunde (nur wenn Antragsteller Diplom-Psychologe ist)
<input type="checkbox"/> Nachweis, dass eine staatlich geregelte Physiotherapeutenausbildung mit staatlichem Abschluss absolviert wurde. (wenn Antragsteller Physiotherapeut bzw. Krankengymnast ist)
<input type="checkbox"/> Nachweis, dass eine staatlich geregelte Logopädenausbildung mit staatlichem Abschluss absolviert wurde. (wenn Antragsteller Logopäde ist)

- Das Merkblatt "I N F O R M A T I O N E N über die Beantragung der Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz)" habe ich zur Kenntnis genommen.
- Das Informationsblatt nach Artikel 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.**

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

# 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 Lahn-Dill-Kreises, Karl-Kellner-Ring 51, 35576 Wetzlar, Telefon: 06441-407-0, E-Mail: <a href="mailto:info@lahn-dill-kreis.de">info@lahn-dill-kreis.de</a>
1.2 Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten gem. Art. 37 ff. DS-GVO in Verbindung mit §§ 5 ff. HDSIG:	Datenschutzbeauftragter des Lahn-Dill-Kreises, Telefon: 06441-407-2750, E-Mail: <a href="mailto:datenschutz@lahn-dill-kreis.de">datenschutz@lahn-dill-kreis.de</a>

### 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. a 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.	Die Daten werden nicht an andere Empfänger weitergeleitet.
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.	<input type="checkbox"/> gesetzliche Pflicht zur Bereitstellung <input checked="" type="checkbox"/> gesetzlich/vertraglich vorgeschrieben <input type="checkbox"/> erforderlich für Vertragsabschluss <input type="checkbox"/> liegen in unserem berechtigten Interesse  Bei Nichtangabe der Daten <input checked="" type="checkbox"/> kann die beantragte Erlaubnis nicht erteilt werden; <input type="checkbox"/> 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
--	-------------------------

### 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 Rechtmäßigkeit 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 <b>Hessischen Datenschutzbeauftragten</b> , Postfach 3163, 65021 Wiesbaden, unserer Aufsichtsbehörde.
--