



Landeshauptstadt Dresden  
Gesundheitsamt  
Postfach 12 00 20  
01001 Dresden

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
wohnhaft

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

### Vollzug des Heilpraktikergesetzes (HeilprG) hier: Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur heilkundlichen Ausübung der Podologie

Ich beabsichtige die Podologie heilkundlich auszuüben und beantrage deshalb die  
Erteilung der Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 HeilprG

- mit mündlicher Kenntnisüberprüfung.       als Entscheidung nach Aktenlage.

Es handelt sich um einen

- Erstantrag.       Wiederholungsantrag.

\_\_\_\_\_  
Ich gebe zu meinem Antrag folgende Erklärungen rechtsverbindlich ab:

- Ich habe noch keine Heilpraktikererlaubnis beantragt.  
 Ich habe bereits eine Heilpraktikererlaubnis beantragt, und zwar bei:

Behörde, Anschrift: \_\_\_\_\_

- Gegen mich ist kein gerichtliches Strafverfahren und kein staatsanwaltschaftliches  
Ermittlungsverfahren anhängig.  
 Ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren  
ist gegen mich anhängig bei:

Behörde, Anschrift: \_\_\_\_\_

Folgende Unterlagen sind vollständig einzureichen:

	Von der Behörde auszufüllen		
	beigefügt	geprüft	Bemerkung
Lebenslauf mit Lichtbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Personalausweis oder Reisepass in beglaubigter Kopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
amtliches Führungszeugnis Belegart „O“, bei Antragstellung max. 3 Monate alt	beantragt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
eine Bescheinigung der zuständigen Meldebehörde über den Hauptwohnsitz in Dresden, bei Antragstellung max. 3 Monate alt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erklärung, in der der Antragsteller glaubhaft versichert, sich ausschließlich im Bereich der Podologie heilkundlich betätigen zu wollen (siehe Anlage 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ärztliche Bescheinigung, bei Antragstellung nicht älter als 3 Monate, wonach keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die antragstellende Person in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes als „Heilpraktiker/Heilpraktikerin auf dem Gebiet der Podologie“ ungeeignet ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urkunde der Berufserlaubnis in beglaubigter Kopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*Sofern die mündliche Kenntnisüberprüfung durchgeführt werden soll:*

Vorbildungsnachweise (Aus- und Fortbildung) und gegebenenfalls Arbeitszeugnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
---	--------------------------	--------------------------	--

*Bei einer Entscheidung nach Aktenlage:*

Beschreibung von Inhalt und Umfang der Schulung durch den Schulungsanbieter in einfacher Kopie (Curriculum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abschlusstest der antragstellenden Person im Original mit Lösungsschlüssel in einfacher Kopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bestätigung des Schulungsanbieters zum Prüfungsergebnis in beglaubigter Kopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
---	--------------------------	--------------------------	--

Sie werden darauf hingewiesen, dass die im Zusammenhang mit dem Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis nach dem HeilprG zur Kenntnis gelangenden personenbezogenen sowie sonstigen Daten durch das Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Dresden (Postfach 12 00 20, 01001 Dresden; gesundheitsamt@dresden.de) zum Zwecke der Erlaubniserteilung auf Datenträgern gespeichert, verarbeitet und ausgewertet werden. Aufgrund Ihrer gesetzlichen Mitwirkungspflichten ist eine separate Einwilligungserklärung hierüber nicht notwendig (Art. 6 Abs. 1 Buchstabe e) EU-DSGVO). Eine Übermittlung der personenbezogenen Daten findet ausschließlich zum Zwecke der Kenntnisüberprüfung im Sinne von § 2 Abs. 1 Buchstabe i) HeilprGDV1 an das Gesundheitsamt des Landkreises Görlitz statt (§ 2 HeilpraktikerZuVO). Die mit dem Erlaubnisverfahren im Zusammenhang stehenden Unterlagen werden bis zur Vollendung des 80. Lebensjahres aufbewahrt. Sie werden darauf hingewiesen, dass Ihnen folgende Betroffenenrechte im Hinblick auf den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten zustehen: Auskunftsrecht (Art. 15 EU-DSGVO), Recht auf Berichtigung (Art. 16 EU-DSGVO), Recht auf Löschung/Vergessenwerden (Art. 17 EU-DSGVO), Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 EU-DSGVO), Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 EU-DSGVO), Beschwerderecht (Art. 13 Abs. 2 EU-DSGVO, Art. 77 Abs. 1 EU-DSGVO) beim Sächsischen Datenschutzbeauftragten. Die vorgenannten Rechte können gemäß Artikel 23 Abs. 1 Buchstabe h) EU-DSGVO eingeschränkt sein. Der behördliche Datenschutzbeauftragte ist erreichbar unter Landeshauptstadt Dresden, Datenschutzbeauftragter, Postfach 12 00 20, 01001 Dresden, datenschutzbeauftragter@dresden.de.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben. Mir ist bekannt, dass die Erlaubnis zurückgenommen werden kann, wenn sie auf unrichtigen oder unvollständigen Angaben beruht.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

# Erklärung

Anlage 1

Ich,

---

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

versichere, dass ich mich nach Erhalt der Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz **ausschließlich auf dem Gebiet der Podologie heilkundlich betätigen werde.**

Ich wurde darauf hingewiesen, dass eine Überschreitung der mir gestatteten Berufsausübung eine Straftat im Sinne des § 5 HeilprG darstellt und darüber hinaus so ernsthafte Zweifel an der Zuverlässigkeit im Sinne des § 2 Abs. 1 Buchstabe f HeilprGDV 1 erkennen lassen würde, dass die Rücknahme der Erlaubnis nach § 7 HeilprGDV 1 in die Wege geleitet werden müsste.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift