

## **Wichtige Information**

Bitte fügen Sie Ihren Erlaubnisbescheid / Ihre Erlaubnisurkunde in amtlich beglaubigter Kopie bei. Sollte Ihre Erlaubnis durch die Region Hannover ausgestellt worden sein, reicht eine einfache Kopie aus.



**Region Hannover**

Region Hannover  
Fachbereich Gesundheitsmanagement  
Team 53.80  
Weinstraße 2-3  
30171 Hannover

**Anzeige der Tätigkeit als  
Heilpraktikerin/Heilpraktiker gem.  
§7a Nds. Gesetz über den öffentlichen  
Gesundheitsdienst (NGöGD)**

### 1. Art der Tätigkeitsanzeige

- Aufnahme der Tätigkeit  Abmeldung der Tätigkeit  
 Änderung der Tätigkeit  Weiterausübung der Tätigkeit

### 2. Angaben zur Person

Name		Geburtsname	Vorname
Geburtsdatum		Geburtsort	Geschlecht
Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort
Telefon / Mobil		E-Mail	

### 3. Berufsbezeichnung

- Heilpraktikerin/Heilpraktiker  
 Heilpraktikerin/Heilpraktiker beschränkt auf das Gebiet der \_\_\_\_\_

### 4. Berufsausübung

Aufnahme der Tätigkeit am: \_\_\_\_\_

- in eigener Praxis  freiberuflich  angestellt  ausschließl. Hausbesuche

#### Praxis

Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Ort
Name der Praxis		Telefon	Telefax
Internetadresse		E-Mail	

Die Praxis wird betrieben:

- allein  als Gemeinschaftspraxis  in einer Praxisgemeinschaft

#### Angaben zur Praxisinhaberin/zum Praxisinhaber

Name, Vorname	Anschrift
---------------	-----------

## 5. Angewandte heilkundliche Verfahren

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

Ich biete folgende Therapien an:

### A – Blutentnahmen / Spritzen / Injektionen / Akupunktur

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Injektionen  | <input type="checkbox"/> Infusionen                          | <input type="checkbox"/> Akupunktur     |
| <input type="checkbox"/> Faltenunterspritzungen                                       | <input type="checkbox"/> Eigenblutbehandlung                 | <input type="checkbox"/> Neuraltherapie |
| <input type="checkbox"/> Ultraviolettbestrahlung des Blutes                           | <input type="checkbox"/> Hämatogene Oxidationstherapie (HOT) |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Blutozonierungs- oder Blutoxygenisierungsverfahren: |  |   |

### B – Ausleitverfahren

- |  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aderlass                  | <input type="checkbox"/> Baunscheidtieren | <input type="checkbox"/> Schröpfen |
| <input type="checkbox"/> Blutiges Schröpfen        | <input type="checkbox"/> Blutegeltherapie |                                    |
| <input type="checkbox"/> Weitere Ausleitverfahren: |   |                                    |

### C – Weitere Therapieverfahren bzw. Leistungen

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kolonhydrotherapie   | <input type="checkbox"/> Balneotherapie (Kneipp, Floating, andere)                                 |
| <input type="checkbox"/> Kangalfisch-Therapie | <input type="checkbox"/> Entfernung von Teleangiektasien durch Koagulation/Laserepilation          |
| <input type="checkbox"/> Piercing             | <input type="checkbox"/> Entfernung von Tätowierungen, Altersflecken und Warzen mittels Laser, IPL |

### D – Weitere invasive Methoden:

Sonstige Therapieangebote:

---

## 6. Beschäftigung weiterer Personen

Ich beschäftige:

- keine weiteren Personen.
- Personen mit einer Heilpraktikererlaubnis.
- Personen mit einer Heilpraktikererlaubnis beschränkt auf das Gebiet der \_\_\_\_\_.
- sonstige Personen mit folgenden Tätigkeiten:
- 

Ort, Datum

Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, von dem beigegeführten Informationsblatt zur Datenschutzgrundverordnung Kenntnis genommen zu haben.

## Informationsblatt zur Datenschutzgrundverordnung

gemäß der Informationspflicht nach Art. 13 DSGVO bei der Erhebung von personenbezogenen Daten für die Kontrolle der Heilpraktiker in der Region Hannover nach § 7a des Nds. Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD)



Region Hannover

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zweck der Kontrolle der Heilpraktiker der Region Hannover verarbeitet. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitung ist § 3 des Gesetzes zur Neuordnung des niedersächsischen Datenschutzes in Verbindung mit § 7a des niedersächsischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Der Speicherzeitraum beginnt mit der Erhebung der Daten.

Ihre personenbezogenen Daten werden innerhalb des Gesundheitsamtes dem Team *Infektionshygienische Überwachung und Heimaufsicht* weitergeleitet.

Die Region Hannover als verantwortliche datenverarbeitende Stelle können Sie postalisch unter Region Hannover, Hildesheimer Straße 20, 30169 Hannover erreichen. Sie können außerdem den Datenschutzbeauftragten der Region Hannover unter [Datenschutz@region-hannover.de](mailto:Datenschutz@region-hannover.de) kontaktieren.

Sie können gegenüber der Region Hannover folgende Rechte geltend machen:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung

Darüber hinaus steht Ihnen bei der bzw. dem Landesbeauftragten für Datenschutz ein Beschwerderecht frei.