

Kreis Recklinghausen  
FD 53 – Gesundheitsamt  
Ress. Gesundheitsverwaltung  
z. H. Frau Rudolph/ Frau Thuis  
Kurt-Schumacher-Allee 1  
45657 Recklinghausen

**Hiermit beantrage ich die Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde im Gebiet der**

**allgemeinen Heilkunde**

**Psychotherapie**

Gewünschtes Datum der schriftlichen Überprüfung, falls möglich (zurzeit 3. Mittwoch im März bzw. 2. Mittwoch im Oktober):

(Bitte informieren Sie sich auf der Internetseite der Kreisverwaltung Recklinghausen über den nächsten freien Termin. Sollten keine Plätze zu Ihrem gewünschten Datum verfügbar sein, werden Sie auf die Warteliste aufgenommen.)

Hinweis gem. § 12 Abs. 2 Datenschutzgesetz NRW:

Eine Entscheidung über den Antrag ist nur möglich, wenn Sie die Fragen dieses Vordrucks vollständig beantworten. Der gesetzliche Datenschutz ist gewährleistet.

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Straße, Nr.:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Schulbildung:

Beruf:

Tel.:

Mobiltel.:

E-Mail:

Wurde hier bereits an einer Überprüfung ohne Erfolg teilgenommen? (zutreffendes bitte ankreuzen)

Ja

Nein

Wenn ja, wann \*

**(bitte wenden)**

Meinem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei:

- tabellarischer kurz gefasster Lebenslauf,
- Nachweis über einen erfolgreichen Schulabschluss mindestens der Hauptschule oder einen gleichwertigen Abschluss (nicht Berufsausbildung oder Studienabschluss)

**Ich versichere, dass**

- ❖ gegen mich weder ein gerichtliches Strafverfahren noch ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren anhängig ist,
- ❖ ich bei keiner weiteren Behörde die Heilpraktikererlaubnis beantragt habe,
- ❖ ich mich ausschließlich auf dem Gebiet der Psychotherapie betätigen möchte, sofern ich den Antrag ausschließlich für dieses Gebiet gestellt habe.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Antragssteller/in)

**Gebühren (Änderungen sind vorbehalten, diese Angaben dienen nur zu Ihrer Information):**

<b>Hinweise:</b>	
Befindet sich Ihr Wohnort <b>außerhalb</b> der Kreise Recklinghausen, Coesfeld, Warendorf oder der Städte Bottrop, Gelsenkirchen oder Münster, ist es erforderlich, dass Sie eine geplante zukünftige Tätigkeitsaufnahme in einer dieser Städte oder einem dieser Kreise nachweisen (zum Beispiel durch Vorverträge zu Miet- und Pachtverhältnissen, Praxismgemeinschaften etc.).	
Bitte verwenden Sie keine Schnellhefter oder Klarsichthüllen, da diese aus Kostengründen nicht zurückgesandt werden.	
<u>Gebühren</u> (Änderungen vorbehalten; diese Angaben dienen nur zu Ihrer Information!):	
<b>zurzeit</b>	
Schriftliche Kenntnisüberprüfung	280,00 Euro
Mündliche Kenntnisüberprüfung	110,00 Euro
Erlaubniserteilung	60,00 Euro
Ablehnung der Erlaubnis	45,00 Euro
Rücknahme des Antrags	40,00 Euro
Verschieben des Überprüfungsstermins auf eigenen Wunsch	40,00 Euro
Ausfallersatz für die an der Überprüfung teilnehmenden Beisitzenden sowie den ärztlichen Prüfungsausschussvorsitzenden	ca. 200,00 Euro
<b>Bitte zahlen Sie diese Beträge erst, wenn Sie hierzu Gebührenbescheide erhalten. Von einer Zahlung vorab ist abzusehen!</b>	