

Landkreis Teltow-Fläming
Gesundheitsamt
Medizinalaufsicht
Am Nuthefließ 2
14943 Luckenwalde

Eingangsstempel

Antrag
auf Erteilung einer Heilpraktikererlaubnis,
beschränkt auf das Gebiet der Podologie
(Prüfungsverfahren nach Aktenlage)

Angaben zur antragstellenden Person

Name, Geburtsname		Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit ☐ deutsch ☐
PLZ	Wohnort	Straße
Telefonnummer	Telefax	E-Mail

Angaben zur Ablegung der Heilpraktikererlaubnis

Ich beabsichtige, den Heilpraktikerberuf im Land Brandenburg auszuüben und beantrage deshalb die Erteilung einer Erlaubnis für die Berufsausübung als:

☐ Heilpraktikerin/Heilpraktiker, beschränkt auf das Gebiet der Podologie
(Prüfungsverfahren nach Aktenlage)

Angaben zur Heilpraktikererlaubnis

Ich habe

- ☐ bei keiner anderen Behörde eine Heilpraktikererlaubnis beantragt.
☐ bereits eine Heilpraktikererlaubnis beantragt und zwar bei:

Name der Behörde, Anschrift

Angaben zu Strafverfahren/Ermittlungsverfahren

Gegen mich

- ☐ ist kein gerichtliches Strafverfahren/staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig.
- ☐ läuft ein gerichtliches Strafverfahren/staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren bei:

Name der Behörde, Anschrift

Angaben zu den Anlagen

Folgende Unterlagen lege ich diesem Antrag bei:

- ☐ Lebenslauf
- ☐ amtliches Führungszeugnis
- ☐ ärztliches Zeugnis
- ☐ Nachweis über den Schulabschluss
(mind. Hauptschule; Vorlage im Original oder als amtlich beglaubigte Kopie)
- ☐ Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Podologin/Podologe“
(Vorlage im Original oder als amtlich beglaubigte Kopie)
- ☐ Nachweis über eine vierjährige berufliche Tätigkeit als Podologin/Podologe
- ☐ Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einer Nachqualifizierung
- ☐ Erklärung, die Heilkunde ausschließlich auf dem Gebiet der Podologie ausüben zu wollen
- ☐ Sonstiges:

Datum, Ort

eigenhändige Unterschrift



Information

über die Erhebung von personenbezogenen Daten – Datenschutzerklärung nach Artikel 13 EU-DSGVO (Europäische Datenschutzgrundverordnung)

Für die Antragstellung zur Erteilung der Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde, beschränkt auf das Gebiet der Podologie (Prüfungsverfahren nach Aktenlage), sind entsprechend der Richtlinie des Ministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz zur Durchführung des Verfahrens zur Erteilung einer Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz, erschienen im Amtsblatt für Brandenburg Nr. 12 vom 28.03.2012, dem Gesundheitsamt, in dessen Zuständigkeitsbereich der Antragsteller seinen Wohnsitz oder dauernden Aufenthalt hat, gemäß Punkt 4.1 und 7.5 o. g. Richtlinie i. V. m. dem Kriterienkatalog des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg vom 11.10.2016 folgende Unterlagen zur Überprüfung einzureichen:

- Antrag
 - vollständiger Name
 - Geburtsname
 - Geburtsdatum
 - Geburtsort
 - Staatsangehörigkeit
 - vollständige Anschrift
 - Kontaktdaten (Telefonnummer, Fax-Nummer, E-Mail)
- Lebenslauf
- amtliches Führungszeugnis
- Erklärung darüber, ob gegen die antragstellende Person ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig ist
- ärztliche Bescheinigung
- Schulabgangszeugnis
- Berufsurkunde nach dem Podologengesetz
- Nachweis über eine vierjährige berufliche Tätigkeit als Podologin/Podologe
- Fortbildungsnachweise

Gemäß den Aufbewahrungsfristen für Kommunalverwaltungen (Bericht Nr. 4/2006) sind die Unterlagen für das Prüfungsverfahren zehn Jahre und die Erlaubniserteilungen 50 Jahre aufzubewahren. Demnach erfolgt eine Löschung Ihrer personengebundenen Daten nach Ablauf der o. g. Frist.

Änderungen bitten wir umgehend an das Gesundheitsamt zu melden, um die Aktualität und Korrektheit der Daten gewährleisten zu können.

Auskunft zum Datenschutz erteilt der behördliche Datenschutzbeauftragte. Sie erreichen ihn unter der folgenden Anschrift:

Landkreis Teltow-Fläming
Behördlicher Datenschutzbeauftragte
Am Nuthefließ 2, 14943 Luckenwalde

Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, Korrektur, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung und das Recht auf Datenübertragbarkeit. Ihren schriftlichen Widerruf können Sie direkt an uns richten:

Landkreis Teltow-Fläming
Gesundheitsamt/Medizinalaufsicht
Am Nuthefließ 2, 14943 Luckenwalde
Gesundheitsamt@teltow-flaeming.de

Sollten Sie der Meinung sein, dass Ihre Daten nicht datenschutzkonform behandelt werden, können Sie sich auch direkt bei der Datenschutz-Aufsichtsbehörde beschweren:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz
und für das Recht auf Akteneinsicht Brandenburg
Stahnsdorfer Damm 77, 14532 Kleinmachnow



Einwilligungserklärung

zur Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten nach § 12 Absatz 2 BbgGDG

Für die Antragstellung zur Erteilung der Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde, beschränkt auf das Gebiet der Podologie (Prüfungsverfahren nach Aktenlage), sind entsprechend der Richtlinie des Ministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz zur Durchführung des Verfahrens zur Erteilung einer Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz, erschienen im Amtsblatt für Brandenburg Nr. 12 vom 28.03.2012, dem Gesundheitsamt, in dessen Zuständigkeitsbereich der Antragsteller seinen Wohnsitz oder dauernden Aufenthalt hat, gemäß Punkt 4.1 und 7.5 o. g. Richtlinie i. V. m. dem Kriterienkatalog des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg vom 11.10.2016 folgende Unterlagen zur Überprüfung einzureichen:

- Antrag
 - vollständiger Name
 - Geburtsname
 - Geburtsdatum
 - Geburtsort
 - Staatsangehörigkeit
 - vollständige Anschrift
 - Kontaktdaten (Telefonnummer, Fax-Nummer, E-Mail)
- Lebenslauf
- amtliches Führungszeugnis
- Erklärung darüber, ob gegen die antragstellende Person ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig ist
- ärztliche Bescheinigung
- Schulabgangszeugnis
- Berufsurkunde nach dem Podologengesetz
- Nachweis über eine vierjährige berufliche Tätigkeit als Podologin/Podologe
- Fortbildungsnachweise

Informationen zur Verantwortlichkeit, zum Zweck, zur Grundlage, sowie zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte der gesondert ausgehändigten Datenschutzerklärung.

Bitte bestätigen Sie hier den Empfang der Datenschutzerklärung gem. Art. 13 EU-DSGVO:

☐ Ich habe die Datenschutzerklärung erhalten.

Durch Ankreuzen erklären Sie, dass Sie mit der Erhebung und Speicherung der Daten einverstanden sind:

- ☐ Erhebung und Speicherung notwendiger Daten für das Prüfungsverfahren 10 Jahre und die Erlaubniserteilung 50 Jahre gemäß den Aufbewahrungsfristen für Kommunalverwaltungen (B4/2006)

Sie haben selbstverständlich das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Beachten Sie hierbei die Erläuterungen in der beiliegenden Datenschutzerklärung.

Ihren schriftlichen Widerruf können Sie direkt an uns richten:

Landkreis Teltow-Fläming
Gesundheitsamt/Medizinalaufsicht
Am Nuthefließ 2, 14943 Luckenwalde
Gesundheitsamt@teltow-flaeming.de

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift