

Gesundheitsamt Frankfurt
53.41 Gesundheitsberufe und Heilpraktiker
Breite Gasse 28
60313 Frankfurt am Main
med.Berufsaufsicht@stadt-frankfurt.de

Art der Änderung

- Neuanmeldung *(bei Heilpraktikern & Ärzten, bitte Hygienebogen Seite 3 ausfüllen)*
- Zweitpraxis
- Wiederanmeldung
- Ummeldung
- Namensänderung *(bitte Kopie des Personalausweises, Reisepass oder Heiratsurkunde zufügen)*
- Wegzug
- Abmeldung
- Sonstiges

Meldung zum

Ihre Angaben *(Mitarbeiterliste auf Seite 4)*

Nachname:	Geburtsnamen (bei Abweichung):
Vorname:	Titel:
Straße:	
Postleitzahl:	Ort:
Geburtsdatum:	
Telefon:	
E-Mail:	

Praxis / Geschäftliche Adresse

<u>Praxisnamen:</u>	Institutionskennzeichen:
Straße:	
Postleitzahl:	Ort: Frankfurt am Main
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Mobil:
Internet:	
Öffnungszeiten/ Sprechzeiten:	
<input type="checkbox"/> Nur Hausbesuche im Stadtteil:	

Angaben zu Ihrer Tätigkeit

- selbstständig mit eigener Praxis / Firma freiberuflich angestellt
- Ärztliche Leitung der Praxis:
- Ich beschäftige keine weiteren Mitarbeiter/innen
- Ich beschäftige Mitarbeiter/innen *(Bitte Liste Seite 4 ausfüllen)*

Angaben zu Ihrer Berufsurkunde / Approbation

Erlaubniserteilung am:
 Ausstellungsbehörde der Erlaubnis:

Berufsbezeichnung

<input type="checkbox"/> Altenpflegehelfer/in	<input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in a. d. Gebiet d. Physiotherapie
<input type="checkbox"/> Altenpfleger/in	<input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in a. d. Gebiet d. Psychotherapie
<input type="checkbox"/> Apotheker/in	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> Logopädin / Logopäde
<input type="checkbox"/> Diätassistent/in	<input type="checkbox"/> Masseur/ med. Bademeister/in
<input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in	<input type="checkbox"/> Pflegedienst
<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	<input type="checkbox"/> Pflegedienstleitungen
<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in	<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in
<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger	<input type="checkbox"/> Podologe/in
<input type="checkbox"/> Hebamme/ Entbindungspfleger	<input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut/in
<input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in	<input type="checkbox"/> Rettungsassistent/in
<input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in a. d. Gebiet d. Chiropraktik	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in a. d. Gebiet d. Logopädie	

Zusätzliche benötigte Unterlagen zur Anmeldung

Bitte reichen Sie bei der Anmeldung unbedingt eine Kopie Ihrer **Approbation/ Berufsurkunde** ein. *(beglaubigte Abschrift ab 04/2023)*

Von **Pflegedienstleitungen** wird zusätzlich das **Zertifikat** benötigt.

Sollten Sie invasive Maßnahmen anbieten, ist der **Hygienebogen** (Seite 3) auszufüllen. Für die Berufsgruppen Ärzte und Heilpraktiker ist das Ausfüllen verpflichtend. Bitte beachten Sie, dass wir die Unterlagen auch bei einer Praxis-Ummeldung von Ihnen benötigen.

Erklärung nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) und der Hygiene-Verordnung (HHygVO)

Praxisnamen: Straße: Postleitzahl: Ort: Frankfurt am Main Telefonnummer:	oder Praxisstempel:
---	----------------------------

- Ich führe (in meiner Praxis/bei Hausbesuchen):
- keine invasiven Methoden durch (ausschließlich orale Medikamente oder Gespräche)
 - folgende Methoden durch (bitte ankreuzen):

Blutentnahme/Spritzen, Injektionen

- Injektionen/Blutentnahmen
- Infusionen
- Eigenblutbehandlung
- Verschiedene Oxigenierungsverfahren
- Uro Therapie
- Thymustherapie
- Zelltherapie

Ausleitverfahren

- Aderlass
- Blutegeltherapie
- Baunscheidt-Therapie
- Cantharidentherapie
- Schröpfen
- Hijama

Akupunktur – verschiedene Verfahren

- mit Einmalnadeln
- mit wieder aufbereitbaren Nadeln

Weitere Methoden

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Balneotherapie (Kneipp, andere) | <input type="checkbox"/> Mesotherapie |
| <input type="checkbox"/> Botox | <input type="checkbox"/> Mikro-Needling |
| <input type="checkbox"/> Bioresonanz, Hochfrequenztherapie etc. | <input type="checkbox"/> Operative Maßnahmen |
| <input type="checkbox"/> Colon-Hydro-Therapie | <input type="checkbox"/> Punktion |
| <input type="checkbox"/> Hyaluron | <input type="checkbox"/> Varizen-Entfernung |
| <input type="checkbox"/> Fadenlifting | <input type="checkbox"/> Warzen-Entfernung |
| <input type="checkbox"/> Andere invasive Methoden: | |

- Existiert in Ihrer Praxis ein Hygieneplan? ja nein in Arbeit
- Existiert in Ihrer Praxis ein Reinigungs- und Desinfektionsplan? ja nein in Arbeit

- Ich verwende ausschließlich Einmalmaterial (keine Wiederaufbereitung)
- Ich bereite Instrumente/Geräte auf, wenn ja welche:

- Desinfektion mit (Mittel, Konzentration):

- Sterilisation mit Heißluft (bitte Gerätenamen angeben):

Temperatur: _____ Dauer: _____

- Sterilisation mit Dampf (bitte Gerätenamen angeben):

Temperatur: _____ Dauer: _____

Bitte beachten Sie, dass Sie **jede Änderung Ihrer Tätigkeiten** auch nach Anmeldung in der Berufskartei **mitteilen**. Bitte heben Sie sich daher diesen Hygienebogen für Ihre Unterlagen auf oder speichern den aktuellen Bogen ab.

Praxisnamen:

Straße:

Postleitzahl:

Ort: Frankfurt am Main

Nachname:

Geburtsnamen (bei Abweichung):

Nachweis beigefügt

Vorname:

Straße:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Postleitzahl:

Ort:

Telefon:

E-Mail:

Berufsbezeichnung:

Tätig seit:

Tätig bis:

Berufsurkunde beigefügt

Nachname:

Geburtsnamen (bei Abweichung):

Nachweis beigefügt

Vorname:

Straße:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Postleitzahl:

Ort:

Telefon:

E-Mail:

Berufsbezeichnung:

Tätig seit:

Tätig bis:

Berufsurkunde beigefügt

Nachname:

Geburtsnamen (bei Abweichung):

Nachweis beigefügt

Vorname:

Straße:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Postleitzahl:

Ort:

Telefon:

E-Mail:

Berufsbezeichnung:

Tätig seit:

Tätig bis:

Berufsurkunde beigefügt