

Bitte senden Sie die ausgefüllte Erklärung zurück an:

Kreis Kleve  
Gesundheits- und Veterinärverwaltung  
Nassauerallee 15-23  
47533 Kleve

### **Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren oder staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig ist und ich bei keiner anderen Gesundheitsbehörde einen Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 des Gesetzes über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz – HeilprG) gestellt habe.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **Heilpraktikerüberprüfung**

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und-ort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Rufnummer: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Die von Ihnen überwiesene Vorauszahlung wird nach Abschluss der Überprüfung mit den tatsächlichen Kosten verrechnet. Eine mögliche Überzahlung wird Ihnen erstattet. Hierzu wird die vollständige IBAN benötigt.

**BITTE WENDEN !**

## Angaben für die mündliche Prüfung

Ich bitte um Angabe in welchem Heilpraktikerverband Sie sich angemeldet haben und welche Heilpraktikerschule/-schulen Sie besuchen oder besucht haben.

Heilpraktikerverband \_\_\_\_\_

Heilpraktikerschule: \_\_\_\_\_