

---

(Name, Vorname, Anschrift)

---

(ggfls. E-Mail-Adresse, Tel.-Nr.)

Kreis Steinfurt  
Gesundheitsamt  
Tecklenburger Str. 10  
48565 Steinfurt

## **Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung heilkundlich-psychotherapeutischer Tätigkeit ohne Berechtigung nach dem Psychotherapeutengesetz**

Guten Tag meine Damen und Herren,

ich beantrage die Erteilung der Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung heilkundlich-psychotherapeutischer Tätigkeit ohne Berechtigung nach dem Psychotherapeutengesetz (Eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis). Mein gewünschter Überprüfungstermin ist der \_\_\_\_\_, zu dem ich mich hiermit verbindlich anmelde.

Die geforderten Unterlagen füge ich meinem Antrag bei. Das polizeiliche Führungszeugnis, das ärztliche Attest sowie eine Erklärung darüber, dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren bzw. staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren läuft, reiche ich zum schriftlichen Überprüfungstermin, frühestens jedoch 3 Monate vor der Überprüfung nach.

Ich nehme die folgende Gebührenregelung zur Kenntnis:

### **Gebühren:**

Für die schriftliche Überprüfung der antragstellenden Person sind 210,00 €, für die mündliche Überprüfung 90,00 € und für die Ausstellung der Erlaubnisurkunde 60,00 € an Verwaltungsgebühren (AVwGebO NRW), sowie anfallende Auslagen für die bei der mündlichen Überprüfung anwesenden Beisitzer zu zahlen. (§ 10 GebG NRW).

Bei Rücknahme des Antrages bzw. Terminverschiebung durch den Antragsteller fallen Verwaltungsgebühren in Höhe von 40,00 € gem. AVwGebO NRW an.

Freundliche Grüße

---

(Datum, Unterschrift)