

---

Vorname, Name

---

Ort, Datum

Hansestadt Lübeck  
Bereich 3.320.23  
Königstraße 49-57  
23552 Lübeck

## A n t r a g

Ich beantrage die Erteilung einer Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

gewünschter Überprüfungstermin: \_\_\_\_\_

---

Unterschrift