

Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg, Gesundheitsamt • D 10820 Berlin

Geschäftszeichen (bitte immer angeben)

**Ges 10**

Bearbeiterin/Bearbeiter

**Frau Pehrish**

Dienstgebäude:

Rathausstr. 27, 12105 Berlin

Zimmer 403

Postanschrift: 10820 Berlin

☎ (Durchwahl) (030) 7560-7271

Vermittlung 7560-0

intern (9917) 7271

Telefax (030) 7560 7504

Email:

r.pehrish@ba-temp.verwalt-berlin.de

Datum

**Merkblatt für**  
**Eingeschränkte Heilpraktikerüberprüfung - nur Psychotherapie -**

Sehr geehrte/r Frau/Herr

in Beantwortung Ihrer Anfrage teilen wir Ihnen hierdurch die Zulassungsbedingungen für die eingeschränkte Heilpraktikerüberprüfung (nur Psychotherapie) mit.

Der Bewerber muss

1. ein formloses Bewerbungsschreiben an das Gesundheitsamt Tempelhof - Amtsarzt - richten,
2. mindestens 25 Jahre alt sein,
3. mindestens den Nachweis eines abgeschlossenen Volksschulbesuches beibringen (**beglaubigte Fotokopie**), bzw. **beglaubigte Kopie** des Fachhochschul- bzw. Hochschulzeugnisses (sofort mit Antrag einreichen),
4. ein polizeiliches Führungszeugnis einreichen (zur Prüfung nicht älter als 3 Monate),
5. ein ärztliches Attest mit dem Inhalt über körperliche, geistige u. psychische Gesundheit, sowie frei von Drogen und Süchten, einreichen, (zur Prüfung nicht älter als 3 Monate),
6. einen Auszug aus dem Melderegister einreichen, (1. Wohnsitz muss Berlin sein) sofort mit Antrag einreichen,
7. einen unterschriebenen tabellarischen Lebenslauf einreichen, aus dem auch der berufliche Werdegang ersichtlich ist (sofort mit Antrag einreichen),
8. soweit vorhanden Ausbildungsnachweise usw. (sofort mit Antrag einreichen).

Fahrverbindungen:  
Bus-Linien 383, 176  
U-Bhf. Westphalweg

Sprechzeiten:  
Di. und Do. von  
9.00 bis 12.00 Uhr  
oder nach Vereinbarung

Telefax:  
75 60 7504  
internet:  
www.gesundheitsamt-tempelhof-  
schoeneberg-berlin.de

Kontonummer  
34 04 - 109  
1 130 003 007  
1 700 165 000  
100 015 45

Geldinstitut  
Postbank Berlin  
Berliner Sparkasse  
Berliner Bank AG  
LZB Berlin  
Bankleitzahl  
100 100 10  
100 500 00  
100 200 00  
100 000 00

**Bitte benutzen Sie nach Möglichkeit die öffentlichen Verkehrsmittel**

**Die Zulassung zur Überprüfung erfolgt nach Eingangsdatum der Antragstellung (Datum des Poststempels) und nach Maßgabe der freien Plätze zum jeweils nächsten Termin.**

Die Überprüfung erstreckt sich auf die Kenntnis des Gebietes der Psychiatrie, sowie deren Abgrenzung zu körperlichen Leiden, der Psychopathologie, der Psychosomatik und einschlägigen psychotherapeutischen Verfahren, sowie der dazugehörigen Gesetze (einschließlich des Heilpraktiker Gesetzes).

Die Überprüfungen finden zweimal jährlich im März und im Oktober statt. Sie bestehen aus einem schriftlichen (Multiple choice) Teil und einem mündlichen Teil. Die schriftliche Überprüfung gilt als bestanden, wenn mindestens 75 % der Lösungen richtig angegeben werden. Bei Nichtbestehen der schriftlichen Überprüfung werden Sie zur mündlichen nicht zugelassen. Sollte der mündliche Teil nicht bestanden werden, müssen beide Teile wiederholt werden. Hierzu ist ein Neuantrag für die Überprüfung notwendig.

Die Gebühr für die Erteilung der Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde wird nach der Verordnung zur Erhebung von Gebühren im Gesundheitswesen festgesetzt und beträgt zurzeit € 330,00. Der erste Teilbetrag in Höhe von € 165,00 ist bereits vor der Teilnahme an der schriftlichen Überprüfung zu entrichten. **Für die Einzahlung wird Ihnen von uns eine Buchungsnummer mitgeteilt.**

Der verbleibende Rest der Gebühr von € 165,00 ist am Tag der mündlichen Prüfung bar zu zahlen. Bei Rücknahme des Antrags wird eine Verwaltungsgebühr in Höhe von mindestens 82,- € bis 165,- € je nach Verwaltungsaufwand erhoben. Dieses gilt auch für das Absagen der Prüfungstermine bzw. Terminänderungen. Mit Ablauf der Absagefrist muss der 1. Teilbetrag eingezahlt werden. Dieser Betrag wird nach diesem Termin als Verwaltungsgebühr einbehalten. (Ausnahme akute Erkrankung zum Prüfungstag).

Sollten Sie noch Fragen haben, rufen Sie uns bitte zu den Sprechzeiten an. Bitte teilen Sie uns, falls vorhanden, Ihre E-mail-Adresse und Fax-Nummer mit.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Pehrisch

Auerbach

**(e-mail:heilpraktiker@ba-temp.verwalt-berlin.de**

Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und gilt auch ohne Unterschrift