



DENECKE

ZENTRUM FÜR BIOENERGETISCHE THERAPIE

**Formblatt zum Eintrag der Praxis eines B.A.T.-Therapeuten in die  
Praxen-Datenbank vom  
DENECKE | ZENTRUM FÜR BIOENERGETISCHE THERAPIE  
Ludwig-Wolker-Str. 6, 48157 Münster (www.denecke-bat.de)**

**Allgemeine Angaben:**

Praxisname:	
Titel:	
Vorname:	
Name:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Land:	
Telefon:	
Telefax:	
e-mail-Adresse:	
Homepage:	

**Kurzbeschreibung der Praxistätigkeit (ca. 5 Sätze):**


**Stichworte zu angewandten Diagnose- und Therapieverfahren:**

Diagnoseverfahren (möglichst max. 3 Nennungen)		Therapieverfahren (möglichst max. 3 Nennungen)	
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	

Mit dem Absenden des Formblattes bestätigen Sie, Heilpraktiker mit der Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung aufgrund der §§1 und 2 des Heilpraktikergesetzes vom 17.02.1939, geändert durch Art 53 EGStGB vom 02.03.1974, BGB1.I, S. 469 i.V.m. der ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz vom 08.02.1939, oder niedergelassener Arzt mit einer entsprechenden Approbation zu sein.

**Bitte per Post einsenden oder  
per Fax an: 0049 (0) 251 - 32 11 0 98**

---

Datum / Unterschrift