

Bitte senden an:

**Qualitätskonferenz des BKHD  
Geschäftsstelle  
c/o Gabriele Hanewacker  
Steingassen 7  
83561 Ramerberg**

Stempel der Schule/Ausbildungsstätte:

## ANMELDUNG

Ich melde mich verbindlich zur Zentralen Homöopathie-Prüfung 2024 der Qualitätskonferenz des BKHD am 19.10.2024 an.

Kandidatin/Kandidat Name/Vorname	
Praxisanschrift:	
Tel./Fax	
Email / ggf. Homepage	
Datum:	Unterschrift:

Eingangsstempel der Geschäftsstelle der Qualitätskonferenz des BKHD:

Geprüft:

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- Ich erfülle die **Zulassungsbedingungen (Prüfungsreglement Artikel 4)**.
- Ich nehme an der Zentralen Homöopathie-Prüfung vom 19.10.2024 teil.
- Ich überweise die Prüfungsgebühr in Höhe von EUR 450,00 (incl. gesetzlicher MwSt.) **spätestens 7 Wochen** vor der Prüfung auf das Konto bei der Münchner Bank, DE 44 7019 0000 0001 0228 06  
BIC: GENODEF1M01

Die **Kopien der für die Zulassung geforderten Belege** (vergleiche Artikel 4 des Prüfungsreglements) füge ich bei:

- Approbationsurkunde als Ärztin/Arzt (bitte ankreuzen)
- Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikererlaubnis)
- Bestätigung der Ausbildungsstätte/Schule über die Mindestausbildungszeit von 550 UE (Unterrichtseinheiten) in homöopathischer Fachausbildung mit direktem Lehrerkontakt und bestandener schulinterner Prüfung.
- Verpflichtungserklärung zur dreijährigen Supervision; ausgestellt durch den Supervisor
- Ich erkenne die Inhalte des Prüfungsreglements (Stand 2010) und die Ethikrichtlinien des BKHD e.V. an und verpflichte mich zur weiteren Fortbildung gemäß der Qualifikationsrichtlinien der Qualitätskonferenz des BKHD.

Von der Geschäftsstelle/ Prüfungskommission auszufüllen:  <input type="checkbox"/> Vollständigkeit der Unterlagen <input type="checkbox"/> Fehlende Unterlagen <input type="checkbox"/> Eingang der Prüfungsgebühr am:  Zeichen des Prüfers:
---

     Datum/Unterschrift des Bewerbers
--

## Verpflichtungserklärung

**Mit Erwerb des Qualitätssiegels der Qualitätskonferenz des BKHD verpflichte ich mich:**

- nach den Regeln der klassischen Homöopathie und nach bestem Wissen zu therapieren
- zur homöopathischen Fortbildung: **30 UE** a 45 Min./Jahr
- zur klinischen Fortbildung: **8 UE** a 45 Min./Jahr
- Die Fortbildungsnachweise sind unaufgefordert **alle 2 Jahre** an die Geschäftsstelle zu schicken (spätestens am 31. Januar des Folgejahres).  
**Im Qualifizierungsjahr selbst sind noch keine FB-Nachweise erforderlich.**

\*Steigen die Anforderungen im Rahmen der Qualitätssicherung in der Medizin, erfolgt die nötige Anpassung.

Ich habe Kenntnis darüber, dass

- der Stempel Eigentum der vergebenden Stelle bleibt
- der Stempel entzogen wird oder verfällt:
  1. bei Entzug der Therapieerlaubnis durch den Staat.
  2. wenn nicht im Sinne der klassischen Homöopathie therapiert wird.
  3. wenn der Nachweis der Fortbildung nicht erbracht wird und ohne Angaben von Gründen( Schwangerschaft/lange Krankheit) auch nicht nach Aufforderung nachgereicht wird.
  4. bei Praxisaufgabe Stempel und Zertifikat zurückgeschickt werden müssen.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift:

- dass meine Angaben in diesen Bewerbungsunterlagen der Wahrheit entsprechen.
- dass die Anerkennung zum qualifizierten homöopathisch arbeitenden Therapeuten mit keinem Rechtsanspruch verbunden ist.
- mein Einverständnis, dass mein Name und die Anschrift meiner Praxisadresse in einem zentralen Register erfasst wird. Ein Rechtsanspruch zur Aufnahme besteht nicht.
- mein Einverständnis, dass Name und Adresse, Mailadresse sowie Kontodaten für Verwaltungszwecke sicher gespeichert werden.

Die jährlich wiederkehrende Verwaltungsgebühr von 50 € (incl. gesetzl. MwSt.) soll von meinem Konto bei der

Bank: Name..... Ort.....

IBAN..... BIC .....

abgebucht werden.

Ort/Datum .....Unterschrift .....

Unterschrift für die Erlaubnis der Einzugsermächtigung

.....