

Landeshauptstadt Potsdam  
Fachbereich Ordnung, Sicherheit und Gesundheit  
Gesundheitsamt  
Friedrich-Ebert-Straße 79/81  
14469 Potsdam

## Antrag auf Rücktritt von der Heilpraktikerüberprüfung

### 1. Antragsteller/in

Name (auch Geburtsname, falls abweichend)		Vorname	
PLZ, Ort, Straße			
Telefon		E-Mail	
Kreditinstitut			
IBAN		BIC	

Hiermit beantrage ich den Rücktritt von der Heilpraktikerüberprüfung im:

- März / Jahr \_\_\_\_\_
- Oktober / Jahr \_\_\_\_\_

### 2. Begründung: \_\_\_\_\_

- Rücktritt von der Heilpraktikerüberprüfung**  
(Unterlagen gehen zur Entlastung des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Potsdam, an Ihr zuständiges Gesundheitsamt zurück.)

Bei eine(m)/r fristgerechten Rücktritt/Antragsrücknahme bis 14 Tage (Kalendertage) vor dem Überprüfungsstermin wird eine Verwaltungsgebühr i. H. v. 51,00 EUR erhoben. Im Übrigen erfolgt die Rückerstattung der jeweiligen Prüfungsgebühr. Dies gilt ebenfalls bei rechtzeitiger Vorlage (spätestens am Prüfungstag) der Bescheinigung zur Prüfungsunfähigkeit (Ärztliche Bescheinigung).

Bei einem unentschuldigtem Fernbleiben bzw. nicht fristgerechten Rücktritt gilt die Prüfung als nicht bestanden und der Antrag wird kostenpflichtig abgelehnt. Näheres regelt entsprechender Gebührenbescheid.

Ort/Datum

Unterschrift