



# AGAHP E.V.

Arbeitsgemeinschaft Anthroposophischer Heilpraktiker

AGAHP e.V. – Waldweg 11 - 29336 Nienhagen

AGAHP-Geschäftsstelle  
Waldweg 11  
29336 Nienhagen

**Geschäftsführender Vorstand:**

Alexander Schadow  
Waldweg 11  
29336 Nienhagen  
Telefon: 05085 / 95 60 100  
Mobil: 0162 / 777 11 58  
Telefonische Sprechzeiten:  
Di. 11 – 13 Uhr  
E-Mail: kontakt@agahp.org  
www.agahp.org

## **ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT IN DER AGAHP**

### **Arbeitsgemeinschaft Anthroposophischer Heilpraktiker AGAHP e.V.**

**Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft als:**

- Ordentliches Mitglied (Zertifizierung durch die AGAHP möglich)  
Mitgliedsbeitrag jährlich 100 Euro
- Außerordentliches Mitglied (Heilpraktikeranwärter\*in / HP in Ausbildung HPA)  
Mitgliedsbeitrag jährlich 50 Euro
- Außerordentliches Mitglied  
Mitgliedsbeitrag jährlich 50 Euro

zum Datum: \_\_\_\_\_

Ich verpflichte mich, Statusänderungen vom HPA zum HP der Geschäftsstelle umgehend mitzuteilen.

**Bitte fügen Sie dem Antrag folgende Angaben bei:**

- Formular Aufnahmeantrag
- Formular SEPA Verfahren
- Erlaubnisurkunde des Gesundheitsamtes (Kopie)
- Bestätigung der Niederlassung als Heilpraktiker (Kopie)
- Bescheinigungen über die Qualifikationen der ausgeübten Methoden  
(z.B. Akkupunktur, klassische Homöopathie, Dunkelfeldtherapie, Gesprächstherapie)



# AGAHP E.V.

Arbeitsgemeinschaft Anthroposophischer Heilpraktiker

## Formular Aufnahmeantrag

**Wichtig:** Sämtliche Angaben bitte sehr sorgfältig und in Blockschrift ausfüllen.

**Titel/Anrede:**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_ **Nr.:** \_\_\_\_\_

**PLZ:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**Geboren am:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**Tel. Nr.:** \_\_\_\_\_ **Mobil:** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**Methodenschwerpunkte (max. 3):**

**Weitere Verbandsmitgliedschaften:**

**HP Zulassung**  ja  nein **Ort, Datum**

**Ich bin darüber informiert, daß die**

- Anthroposophische Medizin ausschließlich von Anthroposophischen Ärzten ausgeübt wird und Anthroposophische Heilpraktiker ausschließlich die Anthroposophische Heilkunde ausüben. Nach dem Heilmittelwerbe-gesetz HWG und das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb sind Falschangaben gegenüber Patienten verboten. <sup>1 2</sup>
- Die Ausübung der Anthroposophischen Heilkunde von der AGAHP als Berufsverband im Einvernehmen mit der medizinischen Sektion am Goetheanum durch ein Zertifizierungsverfahren geregelt wird.
- Die Verwendung der beim Deutschen Patent- und Markenamt DPMA geschützten Marke „Anthroposophische Heilkunde (AGAHP)®“ die Zertifizierung durch die AGAHP voraussetzt.
- Mitgliedschaft in der AGAHP, die Mitgliedschaft in der International Society of Anthroposophic Naturopathy ISAN impliziert.

Ich bestätige durch meine Unterschrift, daß ich das Leitbild, das Berufsbild und die Berufsordnung sowie die jeweils gültige Satzung der AGAHP e.V. zur Kenntnis genommen habe und nach erfolgter Aufnahme als für mich verbindlich anerkenne.

Für die Richtigkeit der Angaben: \_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Antragstellers

<sup>1</sup> Das HWG bezweckt den Schutz der Verbraucher / Patienten vor Täuschungen. Diesem Ziel dient insbesondere § 3 HWG. (siehe auch (BVerfG NJW 2004, 2656, 2558 und Landgericht Oldenburg, Urteil vom 25.09.2008 - 15 O 1295/08)

<sup>2</sup> UWG und HWG verbieten Heilpraktikern, irreführende Aussagen über die berufliche Tätigkeit kundzutun.

Die zu Werbezwecken benutzten Zusatzangaben dürfen die Patienten nicht täuschen; sie müssen eine sachliche Grundlage haben. (Rechtsanwalt Dr. jur. René Sasse)



# AGAHP E.V.

Arbeitsgemeinschaft Anthroposophischer Heilpraktiker

## Formular: SEPA Lastschriftmandat Gläubiger

Ich ermächtige die Arbeitsgemeinschaft Anthroposophischer Heilpraktiker AGAHP e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom AGAHP auf mein Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten hierbei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung (im Voraus, im Dezember für das Folgejahr).

- Ordentliches Mitglied (Zertifizierung durch die AGAHP möglich)  
Mitgliedsbeitrag jährlich 100 Euro
- Außerordentliches Mitglied (Heilpraktikeranwärter\*in / HP in Ausbildung HPA)  
Mitgliedsbeitrag jährlich 50 Euro
- Außerordentliches Mitglied  
Mitgliedsbeitrag jährlich 50 Euro

zum Datum: \_\_\_\_\_

Vorname und Nachname (Kontoinhaber) \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Für die Richtigkeit der Angaben: \_\_\_\_\_

Ort, Datum und Unterschrift der/des Antragstellers