



Kasernenstrasse 17  
9102 Herisau  
Tel. +41 71 353 65 92  
Fax +41 71 353 68 54  
www.ar.ch

**Präsidium:**  
Ingrid Möll  
[ingrid.moell@ar.ch](mailto:ingrid.moell@ar.ch)

## Anmeldung zur kantonalen Heilpraktikerinnen- und Heilpraktikerprüfung 2024

1. Teil (schriftlich): 21. November 2024 / 2. Teil (mündlich): 27. November 2024

### Angaben zur Person

#### Personalien

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Geschlecht  weiblich  männlich  
Nationalität \_\_\_\_\_  
Heimatort \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

#### Wohnadresse

Strasse \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_  
Tel. Privat \_\_\_\_\_  
Mobile Privat \_\_\_\_\_  
Mail Privat \_\_\_\_\_

### Berufsbildung

#### Abgeschlossene Berufsausbildungen

Art des Abschlusses/Diplombezeichnung \_\_\_\_\_  
Schule/Ausbildungsinstitution \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_

Art des Abschlusses/Diplombezeichnung \_\_\_\_\_  
Schule/Ausbildungsinstitution \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_



Art des Abschlusses/Diplombezeichnung

Schule/Ausbildungsinstitution

Datum

Ort

Land

**Abgeschlossenen, schulmedizinischen Grundbildung**

(gemäss Zulassungsvoraussetzungen kant. Heilpraktikerinnen- und Heilpraktikerprüfung)

Art des Abschlusses

Nähere Ausführungen (z.B. Module, Inhalte)

Schule/Ausbildungsinstitution

Datum

Ort

Land

Art des Abschlusses

Nähere Ausführungen (z.B. Module, Inhalte)

Schule/Ausbildungsinstitution

Datum

Ort

Land

**Berufliche Tätigkeiten**

Funktionsbezeichnung

Name des Arbeitgebers / Firma

Ort

Land

Dauer der Beschäftigung

von

bis

Funktionsbezeichnung

Name des Arbeitgebers / Firma

Ort

Land

Dauer der Beschäftigung

von

bis

Funktionsbezeichnung

Name des Arbeitgebers / Firma

Ort

Land

Dauer der Beschäftigung

von

bis



## Gebühr

Gemäss Art. 11 des Prüfungsreglements für Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker wird bei Prüfungsanmeldung eine Gebühr von Fr. 500.- erhoben.

Die Gebühr wird zurückerstattet:

- a) vollständig, wenn sich die Kandidatin oder der Kandidat bis spätestens zwei Wochen vor dem Prüfungstermin aus entschuldbaren Gründen abmeldet;
- b) zur Hälfte, wenn die Kandidatin oder der Kandidat nicht zur Prüfung erscheint.

Rechnungsadresse

- Entspricht der Wohnadresse (nur möglich, wenn in der Schweiz Wohnhaft)
- Andere:

---

## Bestätigung

Die/der Unterzeichnende bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass die eingeforderten und gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Sie ermächtigen zudem die Prüfungskommission, Auskünfte über Sie bei Institutionen, die ihre Diplome und Titel oder deren Äquivalent ausgestellt haben, sowie bei Arbeitgebern und Gesundheitsbehörden einzuholen.

Ort, Datum

---

Unterschrift

---



## Anhang:

### Beilagen gemäss Art. 7 Prüfungsreglement für Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker

#### Allgemeine Beilagen zur Zulassungsvoraussetzung

- Pass oder Identitätskarte Kopie / PDF

#### Strafregisterauszug

- Strafregisterauszug Original, nicht älter als 6 Monate  
(Bundesrain 20, 3003 Bern, [www.bj.admin.ch](http://www.bj.admin.ch))  
Elektronisch signierte Strafregisterauszüge werden nur akzeptiert, wenn sie in elektronischer Ursprungsform eingereicht werden (Weiterleitung des E-Mail der zuständigen Behörde) und elektronisch validiert werden können.

#### Motivationsschreiben

- Kurze (ca. ½ A4-Seite) schriftliche Motivation/Begründung, warum das Interesse zur Absolvierung der kantonalen Prüfung für Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker im Kanton Appenzell Ausserrhoden besteht. Kopie / PDF

#### Berufsdiplome

##### Abgeschlossene Berufsausbildung

- Diplom (z.B. Bachelor, Master, Lizentiat usw.), Fähigkeitszeugnis (z.B. EFZ) Kopie / PDF

##### Abgeschlossenen, schulmedizinischen Grundbildung

- Diplom, Fähigkeitszeugnis, Modulzertifikat oder ähnliches Kopie / PDF