

# Heilvorkommen (Heilquellen/Heilpeloide) Anerkennung



## Allgemeine Information

Antrag auf Anerkennung für natürliches Vorkommen als Heilvorkommen  
(Heilquellen/Heilpeloide)

### Empfangsstelle

Amt der NÖ Landesregierung  
Abteilung Sanitäts- und Krankenanstaltenrecht  
Landhausplatz 1, Haus 15b  
3109 St. Pölten  
E-Mail: [post.gs4@noel.gv.at](mailto:post.gs4@noel.gv.at)

## Antragsteller/in

\*  Gemeinde     Marktgemeinde     Stadtgemeinde

Name \* \_\_\_\_\_

## Adresse

Straße \* \_\_\_\_\_

Hausnummer \* \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Postleitzahl \* \_\_\_\_\_ Ort \* \_\_\_\_\_

## Kontaktdaten

Ansprechperson \* \_\_\_\_\_

Telefon \* \_\_\_\_\_

E-Mail \* \_\_\_\_\_

## Antrag

Es wird hiermit der Antrag auf Anerkennung für folgendes natürliches Vorkommen als Heilvorkommen gestellt:

Art: \* \_\_\_\_\_

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

Lage:        EZ: \* \_\_\_\_\_ Grundstück Nr.: \* \_\_\_\_\_

Gewünschte Bezeichnung des Heilvorkommens: \* \_\_\_\_\_

## Beilagen

Vollanalyse im Sinne des Anhanges III, IV oder VI des Heilvorkommen- und Kurortegesetzes 1978 (nicht älter als 1 Jahr)

beigelegt         wird nachgereicht

Sachverständigengutachten, als Nachweis, dass das Vorkommen aufgrund seiner natürlichen Zusammensetzung eine wissenschaftlich anerkannte Heilwirkung ausübt (nicht älter als 1 Jahr)

beigelegt         wird nachgereicht

## Datenschutzerklärung

### Allgemeine Informationen nach Artikel 13 DSGVO

Gemäß Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung möchten wir Sie informieren, dass die von Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten (elektronisch) verarbeitet werden. Detaillierte Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, Ihren Rechten als betroffene Person einer Datenverarbeitung sowie zum Beschwerderecht bei der Datenschutzbehörde sind im Internet unter [www.noel.gv.at/datenschutz](http://www.noel.gv.at/datenschutz) abrufbar.

## Hinweise

Bitte laden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular über das [Online-Formular „Allgemeines Anbringen“](#) hoch und wählen Sie die Dienststelle „Sanitäts- und Krankenanstaltenrecht“ aus!

Bitte laden Sie im Formular die erforderlichen Unterlagen hoch!

## Unterschrift

Datum, Unterschrift

---

Bürgermeister

(entfällt bei digitaler Signatur)

Datum, Unterschrift

---

Geschäftsführender Gemeinderat

(entfällt bei digitaler Signatur)

Datum, Unterschrift

---

Gemeinderat

(entfällt bei digitaler Signatur)

Datum, Unterschrift

---

Gemeinderat

(entfällt bei digitaler Signatur)