

**Erhebungsbogen zum
Antrag auf Anerkennung als staatlich anerkannte Schule
für Masseur und medizinische Bademeister
gem. § 4 Abs. 2 MPhG (BGBI. I 1994 S. 1084)**

Hinweise zum Ausfüllen: [] ankreuzen oder Zahl eintragen.

Name der Schule _____

Anschrift _____

E-Mail der Schule _____

Homepage der Schule _____

Erste staatliche Anerkennung: _____

Name des Trägers _____

Anschrift _____

E-Mail des Trägers _____

Homepage des Trägers _____

Handels-/Vereinsregisterauszug

(notfalls Gesellschaftsvertrag oder Satzung)

Anlage 1

Beantragte Schülerzahl pro Lehrgang _____

Beantragte Lehrgangszahl pro Jahr _____

Regelmäßiger Lehrgangsbeginn (Monat) _____

**Die praktische Ausbildung gem. Anlage 1 zu Artikel 1 § 1 Abs. 1 Teil B der MB-APrV
wird an folgenden Krankenhäusern und/oder anderen geeigneten medizinischen
Einrichtungen durchgeführt:**

Anlagemuster

Anlage 2

Leitung der Schule

Name, Vorname _____

Berufsbezeichnung _____

Pädagogische Zusatzausbildung/Qualifikation []

Mindestens fünfjährige praktische Berufstätigkeit []

Mindestens einjährige Unterrichtstätigkeit []

Unterrichtsstunden-Anteil _____ Std./Woche

Berufserlaubnis, Zeugnisse, Arbeitsvertrag

Anlage 3

Ggf. Stellvertretende Schulleitung

Name, Vorname _____

Berufsbezeichnung _____

Pädagogische Zusatzausbildung/Qualifikation []

Mindestens fünfjährige praktische Berufstätigkeit []

Mindestens einjährige Unterrichtstätigkeit []

Unterrichtsstunden-Anteil _____ Std./Woche

Berufserlaubnis, Zeugnisse, Arbeitsvertrag

Anlage 4

Hauptamtliche Lehrkräfte

(Mindestens eine hauptamtliche Unterrichtskraft pro 25 Schüler/Kurs!)

Name, Vorname _____

Berufsbezeichnung _____

Pädagogische Zusatzausbildung/Qualifikation []

Mindestens fünfjährige praktische Berufstätigkeit []

Mindestens einjährige Unterrichtstätigkeit []

Unterrichtsstunden-Anteil _____ Std./Woche

Berufserlaubnis, Zeugnisse, Arbeitsvertrag

Anlagemuster

Anlage 5

Nebenamtliche Dozenten

(mit beruflicher Qualifikation für das Fach, das Sie lehren!)

Anlagemuster

Anlage 6

Praktikumsanleiter

(für die praktische Ausbildung in den Krankenhäusern oder anderen geeigneten medizinischen Einrichtungen)

Anlagemuster

Anlage 7

Stundenverteilungsplan

(Gem. Anlage 1 zu Artikel 1 § 1 Abs. 1 der MB-APrV Teil A)

Anlagemuster

Anlage 8

Übersichtspläne für die praktische Ausbildung in Krankenhäusern / anderen geeigneten medizinischen Einrichtungen

(Gem. Anlage 1 zu Artikel 1 § 1 Abs. 1 der MB-APrV Teil B)

Anlagemuster

Anlage 9

Räumliche Ausstattung der Schule

(Raumpläne 1:100 mit genauer Raumbezeichnung)

Anlage 10

Anzahl der Klassenräume

Größe

_____ qm

Möblierung, Ausstattung

Lehrerzimmer

Größe

_____ qm

Möblierung, Ausstattung

Anzahl der Dozenten/Lehrerbüros

Größe

_____ qm

Möblierung, Ausstattung

Sekretariat

Größe

_____ qm

Möblierung, Ausstattung

Bibliothek []

Medienraum []

Archiv/Lagerraum []

Teeküche []

Aufenthaltsräume []

Umkleideräume (geschlechtsgetrennt) []

Toilettenräume (geschlechtsgetrennt) []

Duschräume (geschlechtsgetrennt) []

Sächliche Ausstattung

Overheadprojektor []

Filmprojektor []

Diaprojektor []

Videoanlage mit Kamera []

Monitor []

EDV-Anlage []

Fotokopierer []

Epidiaskop []

Unterrichtsmaterial

Lehrbücher, Zeitschriften, Nachschlagewerke []

Skelette und anatomische Modelle []

Knochensätze und Muskelmodelle	[]
Wandtafeln und Dias	[]
Sprossenwand	[]
Spiegelwand	[]
Gehbarren	[]
Bälle, Keulen, Bänder	[]
pro 2 Schüler Massageliege + Drehhocker	[]

Gruppenarbeitsräume/Bäder

Gymnastikraum	[]
Wannenbäderraum	[]
Vierzellenbad	[]
Bewegungsbad	[]
Kneipp-Ecke	[]
Inhalationsraum	[]
Elektrotherapieraum	[]
Fangotherapieraum	[]
Massageräume	[]
Ruheräume	[]

(evtl. Nachweis über Mitbenutzungsrechte in Einrichtungen ausserhalb der Schule)

Anlage 11

Die sachliche Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

Für den Träger der Schule:

Ort, Datum

Unterschrift

Leitung der Schule:

Ort, Datum

Unterschrift

Handels-/Vereinsregisterauszug
(notfalls Gesellschaftsvertrag oder Satzung)

Kooperationsverträge

Krankenhaus / andere geeignete medizinische Einrichtung	Anzahl der Praktikumsplätze	Anzahl, Namen der Praktikums- anleiterInnen

(Kooperationsverträge beilegen!)

Leitung der Schule

Berufserlaubnis

(amtlich beglaubigt)

Pädagogische Zusatzqualifikation

Zeugnisse

Arbeitsvertrag

Ggf. Stellvertretende Leitung der Schule

Berufserlaubnis

(amtlich beglaubigt)

Pädagogische Zusatzqualifikation

Zeugnisse/

Arbeitsvertrag

Hauptamtliche Lehrkräfte

Name, Vorname	Berufsbezeichnung, Qualifikation	Pädagogische Zusatzausbildung / Qualifikation	Fort-/ Weiterbildung

**(Berufserlaubnisse (amtlich beglaubigt), Pädagogische Qualifikationen, Zeugnisse,
Arbeitsverträge beilegen!)**

Nebenamtliche Dozenten

Name, Vorname	Berufsbezeichnung, Qualifikation	Pädagogische Zusatzausbildung / Qualifikation	Fort-/ Weiterbildung

(Berufserlaubnisse für das Fach, das sie lehren, Dozentenverträge beilegen !)

Praktikumsanleiter

Name, Vorname	Berufsbezeichnung, Qualifikation	Krankenhaus / andere geeignete medizinische Einrichtung

Stundenverteilungsplan

Fach/Thema	DozentIn	Stundenzahl Soll/Ist
1 Berufskunde		
2 Anatomie		
3 Physiologie		
4 Allgemeine Krankheitslehre		
usw.		

(Curriculum, Lehrgangs-/Semester-, Stundenplan beilegen)

**Übersichtspläne für die praktische Ausbildung in
Krankenhäusern und/oder weiteren geeigneten medizinischen
Einrichtungen**

Praktikant Nr.	Krankenhaus, weitere geeignete medizinische Einrichtung	Stundenzahl	Zeitraum von ... bis ...

(Schüler-Rotationsplan für Praktika beilegen)

Raumpläne 1:100 mit genauer Raumbezeichnung

**Nachweise über Mitbenutzungsrechte
von Gruppenarbeitsräumen/Bäder**