

**Erhebungsbogen zum**  
**Antrag auf Anerkennung als staatlich anerkannte Schule**  
**für medizinisch-technische Assistentinnen in der Medizin (Radiologie)**  
**gem. § 4 MTAG (BGBl. I S. 1402)**

Hinweise zum Ausfüllen: [ ] ankreuzen oder Zahl eintragen. [Bitte möglichst auch online ausfüllen!](#)

**Name der Schule** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_

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

**Homepage** \_\_\_\_\_

**Erste staatliche Anerkennung:** \_\_\_\_\_

**Name des Trägers** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_

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

**Homepage** \_\_\_\_\_

Handels-/Vereinsregisterauszug/Feststellungsbescheid

(notfalls Gesellschaftsvertrag oder Satzung)

**Anlage 1**

**Beantragte Schülerzahl pro Lehrgang** \_\_\_\_\_

**Beantragte Lehrgangszahl pro Jahr** \_\_\_\_\_

**Regelmäßiger Lehrgangsbeginn (Monat)** \_\_\_\_\_

**Die praktische Ausbildung gem. Anlage 2 zu § 1 Abs. 1 der MTA-APrV wird an folgenden Krankenhäusern und/oder anderen geeigneten medizinischen Einrichtungen durchgeführt:**

Anlagemuster

**Anlage 2**

## Leitung der Schule

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung \_\_\_\_\_

Qualifikation/Pädagogische Zusatzausbildung [ ]

Mindestens fünfjährige praktische Berufstätigkeit [ ]

Mindestens einjährige Unterrichtstätigkeit [ ]

Berufserlaubnis, päd. Qualifikation

Anlage 3

## Ggf. stellvertretende Leitung der Schule

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung \_\_\_\_\_

Pädagogische Zusatzausbildung/Qualifikation [ ]

Mindestens fünfjährige praktische Berufstätigkeit [ ]

Mindestens einjährige Unterrichtstätigkeit [ ]

Berufserlaubnis, päd. Qualifikation

Anlage 4

## **Hauptamtliche Lehrkräfte**

(Mindestens eine hauptamtliche Unterrichtskraft pro 12 Schüler/Kurs!)

**Name, Vorname** \_\_\_\_\_

**Berufsbezeichnung** \_\_\_\_\_

**Pädagogische Zusatzausbildung/Qualifikation** [ ]

**Mindestens fünfjährige praktische Berufstätigkeit** [ ]

**Mindestens einjährige Unterrichtstätigkeit** [ ]

Berufserlaubnis, pädagogische Qualifikation, Arbeitsvertrag

**Anlage 5**

## **Nebenamtliche Dozenten**

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

Berufsqualifikation, Berufserfahrung

**Anlage 6**

## **Praktikumsanleiter**

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

Anlagemuster

**Anlage 7**

## **Stundenverteilungsplan**

(Gem. Anlage 2 zu § 1 Abs. 1 der MTA-APrV)

Anlagemuster

**Anlage 8**

**Übersichtspläne für die praktische Ausbildung in den  
Krankenhäuser/medizin. Einrichtungen**

(Gem. Anlage 2 zu § 1 Abs. 1 der MTA-APrV)

Anlagemuster

Anlage 9

**Räumliche und sächliche 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** [ ]

**Umkleieräume (geschlechtsgetrennt)** [ ]

**Toilettenräume (geschlechtsgetrennt)** [ ]

**Duschräume (geschlechtsgetrennt)** [ ]

**sonstige Unterrichtsräume**

(Röntgenräume, Labor, Physikräume, EDV-Räume etc. bitte einzeln aufführen)

**Sächliche Ausstattung**

**Overheadprojektor** [ ]

**Epidiaskop** [ ]

**Filmprojektor** [ ]

**Diaprojektor** [ ]

**Videoanlage mit Kamera** [ ]

**Monitor** [ ]

**EDV-Anlage** [ ]

**Fotokopierer** [ ]

**Unterrichtsmaterial**

**Lehrbücher, Zeitschriften, Nachschlagewerke** [ ]

**Röntgen-Dunkelraumeinrichtung** [ ]

**Phantome und Skelette** [ ]

<b>Wandtafeln und Dias</b>	[ ]
<b>Strahlenschutzzubehör</b>	[ ]
<b>Hilfsgeräte und Hilfsmittel</b>	[ ]
<b>Hochvoltbestrahlungsgeräte</b>	[ ]
<b>sonstiges (bitte auführen)</b>	[ ]

**Gruppenarbeitsräume/Technikräume/Labore**

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

**Anlage 11**

**Die sachliche Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird bestätigt.**

**Für den Träger der Schule**

---

**Ort, Datum** **Unterschrift**

**Leitung der Schule**

---

**Ort, Datum** **Unterschrift**

**Handels-/Vereinsregisterauszug**  
**Feststellungsbescheid**  
(notfalls Gesellschaftsvertrag oder Satzung)  
  
**des Trägers**

<b>Krankenhaus/andere geeignete medizinische Einrichtung Name, Anschrift</b>	<b>Anzahl der Praktikums- plätze</b>	<b>Anzahl Praktikums- anleiter</b>

(Kooperationsverträge beilegen!)



**Leitung der Schule**

**Berufserlaubnis  
(amtlich beglaubigt)**

**Nachweis der pädagogischen Zusatzqualifikation**

**Lebenslauf**

**Arbeitsvertrag**

**Stellvertretende Leitung der Schule**

**Berufserlaubnis**  
**(amtlich beglaubigt)**

**Nachweis über die berufliche Zusatzqualifikation**

**Lebenslauf**

**Arbeitsvertrag**

**Hauptamtliche Lehrkräfte**

<b>Name, Vorname</b>	<b>Berufsbezeichnung, Qualifikation</b>	<b>Pädagogische Zusatzausbildung, Qualifikation</b>	<b>Fort-/ Weiterbildung</b>

(Berufserlaubnisse (amtlich beglaubigt), Nachweise über pädagogische Qualifikationen, Arbeitsvertragskopien beilegen!)

**Nebenamtliche Dozenten**

<b>Name, Vorname</b>	<b>Berufsbezeichnung, Qualifikation</b>	<b>Pädagogische Zusatzausbildung, Qualifikation</b>	<b>Fort-/ Weiterbildung</b>

(Berufsqualifikationen, Dozentenvertragskopien beilegen !)

**Praktikumsanleiter**

<b>Name, Vorname</b>	<b>Berufsbezeichnung, Qualifikation</b>	<b>Krankenhaus/ medizinische Einrichtung</b>

## Stundenverteilungsplan

<b>Fach/Thema</b>	<b>Dozent/in</b>	<b>Stundenzahl</b> <b>Soll/Ist</b>
1 Berufskunde		
2 Anatomie		
3 Physiologie		
4 Allgemeine Krankheitslehre		
usw.		

(Stundenplan, Lehrgangs-Studentafel, Curriculum beilegen)

**Übersichtspläne für die praktische Ausbildung  
in den Krankenhäuser/medizinischen Einrichtungen**

<b>Praktikant Nr.</b>	<b>Krankenhaus/ medizinische Einrichtung</b>	<b>Stundenzahl</b>	<b>Zeitraum  von... bis...</b>

(Einsatz-/Rotationsplan für alle Fächer beilegen)

**Raumpläne 1:100**  
**mit genauer Raumbezeichnung**  
**und Einrichtungsbeschreibung**



**Nachweise über Mitbenutzungsrechte  
von Gruppenarbeits-/Technikräumen/Laboren**