



**Masseur und medizinischer Bademeister
Masseurin und medizinische Bademeisterin**

Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Annahme von Praktikantinnen und Praktikanten gem. der §§ 4 und 7 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes (MPhG) nach bestandener staatlicher Prüfung (800 Stunden Anerkennungspraktikum)

1. Angaben zur Einrichtung

Bezeichnung der Einrichtung _____

Anschrift _____

Telefon _____

Telefax _____

E-Mail _____

Leitung der Einrichtung _____

2. Anzahl der beantragten Praktikumsplätze zur Durchführung des Anerkennungspraktikums _____

3. Angaben zu Therapieformen, die regelmäßig in der Einrichtung angewandt werden

Therapieform	durchschnittliche Anzahl monatlich
Klassische Massagetherapie	_____
Reflexzonentherapie	_____
Sonderformen der Massage	_____



Elektro-, Licht und Strahlentherapie _____

**Hydro-, Balneo-, Thermo- und Inhalations-
therapie *** _____

***Sollte die Einrichtung nicht über eine Bäderabteilung oder zumindest ein Bewegungsbad verfügen, so ist es möglich, diesen lt. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Masseur und medizinische Bademeister geforderten Teil der praktischen Ausbildung in Kooperation bei einer anderen geeigneten Einrichtung durchzuführen. Hierzu bedarf es der Vorlage einer Kooperationsvereinbarung.**

- 4. Beschreibung des Patienten- und Behandlungsspektrums (stichwortartige Darstellung: Arten der Erkrankungen, Arten der Behandlungen, Alter der Patienten, Anzahl der Patienten/Jahr)**

5. Personelle Voraussetzungen

Anzahl der Mitarbeiter in der Einrichtung/Abteilung insgesamt _____

davon:

Masseur und medizinischer Bademeister _____

Physiotherapeut/Krankengymnast _____



Benennung der für die Ausbildung verantwortlichen Personen

Name, Vorname	berufliche Qualifikation**	Seit wann im Beruf tätig
----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

****Bitte Kopie der Berufserlaubnisurkunde vorlegen**

6. Kassenzulassung vorhanden (Bitte ggfls. Kopie beifügen) ja/nein

Ort, Datum

Unterschrift Leitung der Praxis/Einrichtung

**Bitte senden Sie den Antrag an:
Bezirksregierung Köln, Dezernat 24, 50606 Köln**