**Erhebungsbogen zum
Antrag auf Anerkennung als staatlich anerkannte Schule
für Ergotherapeuten
gem. § 4 ErgThG (BGBl. I/1976 S. 1246)**

Name der Schule _____

Anschrift _____

E-Mail-Adresse _____

Homepage _____

Name des Trägers _____

Anschrift _____

E-Mail-Adresse _____

Homepage _____

Handels-/Vereinsregisterauszug

(ersatzweise Gesellschaftsvertrag oder Satzung)

Anlage 1

Beantragte Schülerzahl pro Lehrgang _____

Beantragte Lehrgangszahl pro Jahr _____

Regelmäßiger Lehrgangsbeginn (Monat) _____

Erstmaliger Lehrgangsbeginn _____

Eingerichtet an einem Krankenhaus/Einrichtung der
medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation

Name _____

Anschrift _____

Die praktische Ausbildung gem. Anlage 2 zu § 1 Abs. 1 der
ErgThAPro wird an folgenden Krankenhäusern und Einrichtungen
der medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation
durchgeführt:

Anlagemuster (für jedes Krankenhaus bzw. Einrichtung der medi-
zinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation)

Anlage 2

Leitung der Schule

Name, Vorname _____

Berufsbezeichnung _____

Fachliche Qualifikation / Pädagogische Qualifikation []

Mindestens fünfjährige praktische Berufstätigkeit []

Mindestens einjährige Unterrichtstätigkeit []

Unterrichtskontingent _____ Std./Woche

Berufserlaubnis, Lebenslauf, Zeugnisse, Arbeitsvertrag

Anlage 3

Stellvertretende Leitung der Schule

Name, Vorname _____

Berufsbezeichnung _____

Fachliche Qualifikation / Pädagogische Qualifikation []

Mindestens fünfjährige praktische Berufstätigkeit []

Mindestens einjährige Unterrichtstätigkeit []

Unterrichtskontingent _____ Std./Woche

Berufserlaubnis, Lebenslauf, Zeugnisse, Arbeitsvertrag

Anlage 4

Hauptamtliche Lehrkräfte

(Mindestens eine hauptamtliche Unterrichtskraft pro 15 Schüler/Kurs!)

Berufserlaubnisse, Lebensläufe, Zeugnisse, Arbeitsverträge

Anlage 5

Nebenamtliche Dozenten

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

Berufserlaubnisse/Qualifikationen

Anlage 6

Praktikumsanleiter

(für die praktische Ausbildung in den Krankenhäusern und Einrichtungen der medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation)

Anlagemuster

Anlage 7

Stundenverteilungsplan, Curriculum, Lehrgangsplan

(Gem. Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 der ErgThAPrO)

Anlagemuster

Anlage 8

Übersichtspläne für die praktische Ausbildung in Krankenhäusern/Einrichtungen der medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation

(Gem. Anlage 2 zu § 1 Abs. 1 der ErgThAPrO)

Anlagemuster

Anlage 9

Räumliche und sächliche Ausstattung der Schule

(Raumpläne 1:100 mit genauer Raumbezeichnung, ggf. Lageplan bei separaten Gebäudeteilen)

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) []

Gruppenarbeitsräume

(ev. Nachweis über Mitbenutzungsrechte in Einrichtungen außerhalb der Schule)

Anlage 11

Werkraum für Holz	[]
Werkraum für Metall	[]
Werkraum für textile Gestaltung	[]
Werkraum für andere Zwecke	[]
Raum für Bewegungserziehung	[]
Übungsbad	[]
Übungsküche	[]

Sächliche Ausstattung

Overheadprojektor	[]
Epidiaskop	[]
Filmprojektor	[]
Diaprojektor	[]
Videoanlage mit Kamera	[]
Monitor	[]
EDV-Anlage mit Internetzugang	[]
Fotokopierer	[]
Unterrichtsmaterial	
Lehrbücher, Zeitschriften, Nachschlagewerke	[]
Skelette und anatomische Modelle	[]
Knochensätze und Muskelmodelle	[]
Wandtafeln und Dias	[]
Werkzeuge	[]

welche:

Die sachliche Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

Für den Träger der Schule

Ort, Datum

Unterschrift

Leitung der Schule

Ort, Datum

Unterschrift

Handels-/Vereinsregisterauszug
(ersatzweise Gesellschaftsvertrag oder Satzung)

Krankenhaus/Einrichtung der medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation

Name _____

Anschrift _____

(Kooperationsvertrag mit Nachweis, daß ein therapeutisches Team gem. Anlage 2 zu § 1 Abs. 1 der ErgThAPrO vorhanden ist, beilegen!)

Medizinische Fachgebiete	Anzahl der Praktikumsplätze	Anzahl Praktikumsanleiter
1 Orthopädie		
2 Psychiatrie		
3 Augenheilkunde		
4 Chirurgie		
5 Geriatrie		
6 Innere Medizin		
7 Kinder- und Jugendpsychiatrie		
8 Neurologie		
9 Pädiatrie		

Leitung der Schule

Berufserlaubnis

(öffentlich beglaubigt)

Lebenslauf

Zeugnisse

Arbeitsvertrag

Stellvertretende Leitung der Schule

Berufserlaubnis

(öffentlich beglaubigt)

Lebenslauf

Zeugnisse

Arbeitsvertrag

Hauptamtliche Lehrkräfte

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

(Berufserlaubnisse (öffentlich beglaubigt), Lebensläufe, Zeugnisse, Arbeitsverträge beilegen!)

Nebenamtliche Dozenten

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

(Zeugnisse, Berufserlaubnisse, Dozentenverträge beilegen!)

Praktikumsanleiter

Name, Vorname	Berufsbezeichnung, Qualifikation	Krankenhaus / Rehabilitationseinrichtung

Stundenverteilungsplan

Fach/Thema	Dozent	Stundenzahl Soll/Ist
1 Berufskunde		
2 Gesundheitslehre und Hygiene		
3 Biologie, Anatomie, und Physiologie		
4 Allgemeine Krankheitslehre		
usw.		

(Bitte auch Stundenpläne beilegen)

Übersichtspläne für die praktische Ausbildung in Krankenhäusern/medizinischen Einrichtungen

Praktikant Nr.: ____ (1-15)

Krankenhaus/ Reha-Einrichtung	Fachbereich	Stundenzahl	Zeitraum von...bis...

(Rotationsplan)

Raumpläne 1:100 mit genauer Raumbezeichnung,
bei externen Gebäuden/Gebäudeteilen Lageplan beilegen

**Nachweise über Mitbenutzungsrechte
von Gruppenarbeitsräumen**