

Erhebungsbogen
zur Anerkennung als staatlich anerkannte Schule
für Logopäden
gem. § 4 LogG (BGBI. I S. 529)

Name der Schule _____

Anschrift _____

Tel. _____

Fax _____

E-Mail _____

Home-Page _____

Name des Trägers _____

Anschrift _____

Handels-/Vereinsregisterauszug

(ersatzweise Gesellschaftsvertrag oder Satzung)

Anlage 1

Schülerzahl pro Lehrgang _____

Lehrgangszahl pro Jahr _____

Regelmäßiger Lehrgangsbeginn (Monat) _____

Erstmaliger Lehrgangsbeginn (Monat/Jahr) _____

Angebunden an eine Klinik mit einer ärztlich besetzten
Phoniatrie und Pädaudiologie

Name _____

Anschrift _____

Die praktische Ausbildung gem. Anlage 2 zu § 1 Abs. 1 der
LogAPrO wird an folgenden Einrichtungen in Kooperation
durchgeführt: _____

Kooperationsverträge (für jede Einrichtung)

Anlage 2

Leitung der Schule

Name, Vorname _____

Berufsbezeichnung _____

Pädagogische Qualifikation / Zusatzausbildung []

Mindestens fünfjährige praktische Berufstätigkeit []

Mindestens einjährige Unterrichtstätigkeit []

Berufserlaubnis, Lebenslauf, Zeugnisse, Arbeitsvertrag

Anlage 3

Stellvertretende Leitung der Schule

Name, Vorname _____

Berufsbezeichnung _____

Pädagogische Qualifikation / Zusatzausbildung []

Mindestens fünfjährige praktische Berufstätigkeit []

Mindestens einjährige Unterrichtstätigkeit []

Berufserlaubnis, Lebenslauf, Zeugnisse, Arbeitsvertrag

Anlage 4

Hauptamtliche Lehrkräfte

(Mindestens eine hauptamtliche (vollbeschäftigte)
Unterrichtskraft pro 6-8 SchülerInnen/Kurs!)

Anlagemuster

Anlage 5

Nebenamtliche Dozenten

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

Anlagemuster

Anlage 6

Praxisanleiter

(Einer je SchülerIn für die praktische Ausbildung in den klinischen
Einrichtungen und Praxen)

Anlagemuster

Anlage 7

Stundenverteilungsplan, Lehrgangsplan, Curriculum

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

Anlagemuster

Anlage 8

**Übersichtspläne für die praktische Ausbildung in den
Kliniken/Praxen**

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

Anlagemuster

Anlage 9

Räumliche und sächliche Ausstattung der Schule

(Raumpläne 1:100 mit genauer Raumbezeichnung)

Anlage 10

Anzahl der <u>Klassenräume</u>	_____
Größe	_____ qm
Möblierung, Ausstattung	_____
 <u>Lehrerzimmer</u>	
Größe	_____ qm
Möblierung, Ausstattung	_____
 Anzahl der <u>Dozenten/Lehrerbüros</u>	
Größe	_____ qm
Möblierung, Ausstattung	_____
 <u>Sekretariat</u>	
Größe	_____ qm
Möblierung, Ausstattung	_____
 <u>Bibliothek</u>	[]
 <u>Medienraum</u>	[]
 <u>Archiv/Lagerraum</u>	[]
 <u>Teeküche</u>	[]
 <u>Aufenthaltsräume</u>	[]
 <u>Toilettenräume</u> (geschlechtsgetrennt)	[]
 <u>Therapieräume</u>	
(für die praktisch-therapeutische Ausbildung am Patienten sowie Kleingruppenunterricht)	
 Raum für Stimmbildung und Spracherziehung	[]
 Raum für Audiometrie	[]
 Wartezimmer für Patienten	[]
 weitere Räume	[]

Sächliche Ausstattung

Overheadprojektor	[]
Epidiaskop	[]
Filmprojektor	[]
Diaprojektor	[]
Videoanlage mit Kamera	[]
Monitor	[]
EDV-Anlage mit Internetzugang	[]
Fotokopierer	[]

Fachspezifisches Unterrichtsmaterial

Lehrbücher, Zeitschriften, Nachschlagewerke	[]
Klavier	[]
PC für computergestützte Therapie	[]
Techn. Hilfsmittel für Diagnostik und Therapie	[]
Wandtafeln und Dias	[]
Testbatterien	[]

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)

Kooperations-Klinik/Praxis**Name** _____**Anschrift** _____**Bereich** _____

(Kooperationsverträge beilegen!)

Leitung der Schule

Berufserlaubnis

Lebenslauf

Zeugnisse

Arbeitsvertrag

Stellvertretende Leitung der Schule

Berufserlaubnis

Lebenslauf

Zeugnisse

Arbeitsvertrag

Hauptamtliche Lehrkräfte

Name, Vorname	Berufs- bezeichnung	Pädagogische Qualifikation/ Zusatz- ausbildung	Fort-/ Weiterbildung

(Berufserlaubnisse, Zeugnisse, Arbeitsverträge beilegen!)

Nebenamtliche Dozenten

Name, Vorname	Berufs- bezeichnung, Qualifikation	Pädagogische Zusatz- ausbildung/ Qualifikation	Fort-/ Weiterbildung

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

Praktikumsanleiter

Name, Vorname	Berufs- bezeichnung, Qualifikation	Klinische Einrichtung/Praxis Bereich

(Berufserlaubnisse beilegen)

Stundenverteilungsplan, Lehrgangsplan, Curriculum

Fach/Thema	Dozent	Stundenzahl Soll / Ist
1 Berufskunde		
2 Anatomie und Physiologie		
3 Pathologie		
4 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde		
usw.		

(Curriculum, Lehrgangs-, Wochenstundenplan beilegen)

Übersichtspläne für die praktische Ausbildung in den klinischen Einrichtungen/Praxen

Schüler Nr.: _____

Klinik/Praxis	Schwerpunkt	Stundenzahl	Zeitraum von...bis...

(Schülerrotationsplan für Praktikum beilegen)

Raum-/Lageplan

1:100 mit genauer Raum-/Lagebezeichnung

(Bei separaten Unterrichtsgebäuden bitte Lageplan beifügen)