

**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** [ ]

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

### **Gruppenarbeitsräume/Bäder**

<b>Gymnastikraum</b>	[ ]
<b>Wannenbäderraum</b>	[ ]
<b>Vierzellenbad</b>	[ ]
<b>Bewegungsbad</b>	[ ]
<b>Kneipp-Ecke</b>	[ ]
<b>Inhalationsraum</b>	[ ]
<b>Elektrotherapieraum</b>	[ ]
<b>Fangotherapieraum</b>	[ ]
<b>Massageräume</b>	[ ]
<b>Ruheräume</b>	[ ]

(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

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

(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

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

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

### Nebenamtliche Dozenten

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

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

**Praktikumsanleiter**

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

## Stundenverteilungsplan

<b>Fach/Thema</b>	<b>DozentIn</b>	<b>Stundenzahl Soll/Ist</b>
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**

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

**(Schüler-Rotationsplan für Praktika beilegen)**



## **Raumpläne 1:100 mit genauer Raumbezeichnung**

**Nachweise über Mitbenutzungsrechte  
von Gruppenarbeitsräumen/Bäder**