

**Erhebungsbogen zum  
Antrag auf Anerkennung als staatlich anerkannte Schule  
für Orthoptisten  
gem. § 4 Satz 2 OrthoptG (BGBI. I 1989 S. 2061)**

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

**Name des Trägers** \_\_\_\_\_  
**Anschrift** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gesellschaftsvertrag, Handelsregisterauszug, Krankenhausliste,  
Krankenhausbedarfsplan, Kooperationsverträge Anlage 1

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

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

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

Die praktische Ausbildung gem. Anlage 2 zu § 1 der OrthoptAPrV 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 [ ]

gemeinsam mit

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

Berufsbezeichnung \_\_\_\_\_

Pädagogische Zusatzausbildung/Qualifikation [ ]

Mindestens fünfjährige praktische Berufstätigkeit [ ]

Mindestens einjährige Unterrichtstätigkeit [ ]

Berufserlaubnisse, Zeugnisse, Arbeitsverträge

Anlage 3

Stellvertretende Schulleitung

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

Berufsbezeichnung \_\_\_\_\_

Pädagogische Zusatzausbildung/Qualifikation [ ]

Mindestens fünfjährige praktische Berufstätigkeit [ ]

Mindestens einjährige Unterrichtstätigkeit [ ]

gemeinsam mit

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

Berufsbezeichnung \_\_\_\_\_

Pädagogische Zusatzausbildung/Qualifikation [ ]

Mindestens fünfjährige praktische Berufstätigkeit [ ]

Mindestens einjährige Unterrichtstätigkeit [ ]

Berufserlaubnisse, Zeugnisse, Arbeitsverträge

Anlage 4

Hauptamtliche Lehrkräfte

(Mindestens eine hauptamtliche Unterrichtskraft pro 8 Schüler/  
Kurs!)

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 ande-  
ren geeigneten medizinischen Einrichtungen)

Anlagemuster

Anlage 7

### **Stundenverteilungsplan**

(Gem. Anlage 1 zu § 1 der OrthoptAPrV)

Anlagemuster

Anlage 8

### **Übersichtspläne für die praktische Ausbildung in den Kranken- häuser/medizin. Einrichtungen**

(Gem. Anlage 2 zu § 1 der OrthoptAPrV)

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 [ ]

Umkleideräume (geschlechtsgetrennt) [ ]

Toilettenräume (geschlechtsgetrennt) [ ]

Gruppenarbeitsräume

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

Anlage 11

Sächliche Ausstattung

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

Die sachliche Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

Für den Träger der Schule:

---

Ort, Datum

Unterschrift

Leitung der Schule:

---

Ort, Datum

Unterschrift

**Handels-/Vereinsregisterauszug**  
**(Gesellschaftsvertrag oder Satzung)**

**Krankenhausbedarfsplan**

**Feststellungsbescheide**

**Kooperationsverträge**

Krankenhaus/andere geeignete medizinische Einrichtung	Anzahl der Praktikumsplätze	Anzahl Praktikumsanleiter

(Kooperationsverträge beilegen!)

**Berufserlaubnis**  
(amtlich beglaubigt)

**Arbeitsvertrag**

**Zeugnisse**

**Leitung der Schule**

**Berufserlaubnis**  
(amtlich beglaubigt)

**Arbeitsvertrag**

**Zeugnisse**

**Stellvertretende Leitung der Schule**

Hauptamtliche Lehrkräfte

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

(Berufserlaubnisse (amtlich beglaubigt), Arbeitsverträge, Zeugnisse beilegen!)

## Nebenamtliche Dozenten

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

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

Praktikumsanleiter

Name, Vorname	Berufsbezeichnung, Qualifikation	Krankenhaus/ medizinische Einrichtung

**Stundenverteilungsplan**

<b>Fach/Thema</b>	<b>Dozent</b>	<b>Stundenzahl Soll/Ist</b>
1 Allgem. Anatomie		
2 Spez. Anatomie		
3 Allgem. Krankheitslehre		
4 Arzneimittel		
usw.		

(Curriculum, Lehrgangs-/Semester-, Stundenplan beilegen)

Übersichtspläne für die praktische Ausbildung in den Krankenhäuser/medizinischen Einrichtungen

Praktikant Nr.	Krankenhaus, medizinische Einrichtung	Stundenzahl	Zeitraum von...bis...

(Schüler-Rotationsplan für Praktikum beilegen)

Raumpläne 1:100 mit genauer Raumbezeichnung

**Nachweise über Mitbenutzungsrechte  
von Gruppenarbeitsräumen**