

**Erhebungsbogen zum  
Antrag auf Anerkennung als staatlich anerkannte Schule  
für Physiotherapie  
gemäß § 9 des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und  
Physiotherapeutengesetz - MPhG) vom 26.05.1994 (BGBl. I, 1994, S. 1084 ff)**

Hinweise zum Ausfüllen:     [ ] ankreuzen oder Zahl eintragen.

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

**Anschrift** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

**Erste staatliche Anerkennung:** \_\_\_\_\_

**Name des Trägers** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

Handels-/Vereinsregisterauszug

(altern. Gesellschaftsvertrag/Satzung)

Anlage 1

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

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

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

**Eingerichtet an/Verbunden mit einem Krankenhaus gem. § 9 MPhG**

**Name** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

**Die praktische Ausbildung gem. Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 Teil B der PhysTh-APrV wird an folgenden Krankenhäusern und/oder anderen geeigneten medizinischen Einrichtungen durchgeführt:**

1)

2)

3)

4)

5)

6)

Anlagemuster (für jedes Krankenhaus bzw. medizinische Einrichtung mit ärztlicher Leitung)

Anlage 2

## Leitung der Schule

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

Berufsbezeichnung \_\_\_\_\_

Pädagogische Zusatzausbildung/Qualifikation [ ]

Mindestens fünfjährige praktische Berufstätigkeit [ ]

Mindestens einjährige Unterrichtstätigkeit [ ]

Unterrichtsstunden pro Woche [ ]

Zeugnisse, Berufserlaubnis, Arbeitsvertrag

Anlage 3

## Ggf. Stellvertretende Leitung der Schule

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

Berufsbezeichnung \_\_\_\_\_

Pädagogische Zusatzausbildung/Qualifikation [ ]

Mindestens fünfjährige praktische Berufstätigkeit [ ]

Mindestens einjährige Unterrichtstätigkeit [ ]

Unterrichtsstunden pro Woche [ ]

Zeugnisse, Berufserlaubnis, 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 pro Woche [ ]

Zeugnisse, Berufserlaubnis, Arbeitsvertrag

Anlagemuster

Anlage 5

### Nebenamtliche Dozenten

(Berufliche Qualifikation für das Fach, das Sie lehren!)

Anlagemuster

Anlage 6

### Praktikumsanleiter

(für die praktische Ausbildung in den Krankenhäusern oder anderen geeigneten medizinischen Einrichtungen mit ärztlicher Leitung)

Anlagemuster

Anlage 7

### Schulsekretariat

Ist vorhanden ja [ ] nein [ ]

Besetzt mit Wochenstunden \_\_\_\_\_

## **Lehrgangsplan / Wochen-Stundenplan**

(Gem. Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 der PhysTh-APrV Teil A)

Anlagemuster

Anlage 8

Ein **Curriculum** liegt vor

ja [ ]

nein [ ]

## **Übersichtspläne für die praktische Ausbildung in den Krankenhäusern / medizinischen Einrichtungen**

(Gem. Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 der PhysTh-APrV Teil B)

Anlagemuster

Anlage 9

## Räumliche und sächliche Ausstattung der Schule

(Raumpläne 1:100 mit genauer Raumbezeichnung)

Anlage 10

Anzahl der Klassenräume \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ qm

Möblierung, Ausstattung \_\_\_\_\_

Anzahl der Gruppenarbeitsräume \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ qm

Möblierung, Ausstattung \_\_\_\_\_

Anzahl der Lehrerbüros \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ qm

Möblierung, Ausstattung \_\_\_\_\_

Sekretariat

Größe \_\_\_\_\_ qm

Möblierung, Ausstattung \_\_\_\_\_

Bibliothek [ ]

Medienraum [ ]

Archiv/Lagerraum [ ]

Teeküche [ ]

Aufenthaltsräume [ ]

Umkleideräume (geschlechtsgetrennt) [ ]

Toilettenräume (geschlechtsgetrennt) [ ]

**Duschräume (geschlechtsgetrennt)**

[ ]

## Sächliche Ausstattung

**Pro 2 Schüler je eine Massageliege + Drehhocker** [ ]

**Overheadprojektor** [ ]

**Videoanlage mit Kamera** [ ]

**Monitor** [ ]

**EDV-Anlage** [ ]

**Fotokopierer** [ ]

**Filmprojektor** [ ]

**Diaprojektor** [ ]

**Epidiaskop** [ ]

## **Unterrichtsmaterial**

**Lehrbücher, Zeitschriften, Nachschlagewerke** [ ]

**Skelette und anatomische Modelle** [ ]

**Knochensätze und Muskelmodelle** [ ]

**Wandtafeln und Dias** [ ]

**Sprossenwand** [ ]

**Spiegelwand** [ ]

**Gehbarren** [ ]

**Bälle, Keulen, Bänder** [ ]



## Praxisräume/Bäder

(ggf. Nachweis über Mitbenutzungsrechte in Einrichtungen ausserhalb der Schule)

Anlage 11

<b>Schlingentisch</b>	[ ]
<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>	[ ]

**Die sachliche Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:**

**Für den Träger der Schule:**

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

**Leitung der Schule:**

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

# **Handels-/Vereinsregisterauszug**

**(alternativ Gesellschaftsvertrag oder Satzung)**

**Krankenhaus/  
andere geeignete medizinische Einrichtung mit ärztlicher Leitung**

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Kooperationsvertrag beilegen!)

<b>Medizinische Fachgebiete</b>	<b>Anzahl der Praktikumsplätze</b>	<b>Anzahl Praktikumsanleiter</b>
1 Chirurgie		
2 Innere Medizin		
3 Orthopädie		
4 Neurologie		
5 Pädiatrie		
6 Psychiatrie		
7 Gynäkologie		

# Leitung der Schule

Berufserlaubnis

(amtlich beglaubigt)

Pädagogische Zusatzqualifikation

Zeugnisse

Arbeitsvertrag

# **Stellvertretende Leitung der Schule**

Berufserlaubnis

(amtlich beglaubigt)

Pädagogische Zusatzausbildung

Zeugnisse

Arbeitsvertrag

# Hauptamtliche Lehrkräfte

<b>Name, Vorname</b>	<b>Berufsbezeichnung, Qualifikation</b>	<b>Pädagogische Zusatzausbildung, Qualifikation</b>	<b>Unterrichts- stunden pro Woche</b>

(Berufserlaubnisse/Approbationen (amtlich beglaubigt), 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/ medizinische Einrichtung</b>	<b>medizinisches Fachgebiet</b>

# Stundenplan

Fach/Thema	DozentIn	Stundenzahl Soll/Ist
1 Berufskunde		
2 Anatomie		
3 Physiologie		
4 Allgemeine Krankheitslehre		
usw.		

**Bitte auch Stundenpläne und Lehrgangsübersicht beilegen!**

**Bitte auch eine Kopie des Curriculum beilegen!**

# Übersichtspläne für die praktische Ausbildung in den Krankenhäuser/medizinischen Einrichtungen

Praktikant Nr.: \_\_\_\_ (1-25)

Krankenhaus	Fachbereich	Stundenzahl	Zeitraum von ... bis ...

(Praktika-Rotationsplan)

**Raumpläne 1:100**  
mit genauer Raumbezeichnung

**Nachweise über Mitbenutzungsrechte  
von Praxisräumen/Bädern etc.**