

**Erhebungsbogen  
zur Anerkennung als staatlich anerkannte Schule  
für Podologinnen und Podologen  
gem. § 4 PodG (BGBl. I 2001 S. 3320)**

Hinweise zum Ausfüllen:

ankreuzen    \_\_\_\_ Zahl eintragen    \_\_\_\_\_ ausfüllen

**Name des Trägers** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**Telefax** \_\_\_\_\_

**E-mail** \_\_\_\_\_

Handels-/Vereinsregisterauszug (ersatzweise Gesellschaftsvertrag oder  
Satzung)

Anlage 1

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

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

\_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**Telefax** \_\_\_\_\_

**E-mail** \_\_\_\_\_

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

**beantragte Ausbildungsplätze** \_\_\_\_\_

**Schülerinnen-/Schülerzahl pro Kurs** \_\_\_\_\_

**Kurs pro Jahr** \_\_\_\_\_

**Regelmäßiger Kurs (Monat)** \_\_\_\_\_

**Erstmaliger Kurs** \_\_\_\_\_

**Kooperationsverträge mit Krankenhäusern und geeigneten Einrichtungen liegen vor:**

Anlagemuster

Anlage 2

-

## Organisation der Schule

### Hauptamtliche Leitung der Schule

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

Berufsbezeichnung (staatlich geprüft) \_\_\_\_\_

Pädagogische Qualifikation/Zusatzausbildung ja

nein

Mindestens fünfjährige praktische Berufstätigkeit ja

nein

Mindestens einjährige Unterrichtstätigkeit oder ja

nein

Anleitung von Schülerinnen/Schülern ja

nein

Arbeitsvertrag mit Angabe des Arbeitsmodus ja

nein

Anzahl der zu übernehmenden Pflichtstunden pro Woche \_\_\_\_\_

Anzahl der zu unterrichtenden Fächer \_\_\_\_\_

Anlage 3

## Stellvertretende Schulleitung

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

Berufsbezeichnung (staatlich geprüft) \_\_\_\_\_

Pädagogische Qualifikation/Zusatzausbildung ja

nein

Mindestens fünfjährige praktische Berufstätigkeit ja

nein

Mindestens einjährige Unterrichtstätigkeit oder ja

nein

Anleitung von Schülerinnen/Schülern ja

nein

Arbeitsvertrag mit Angabe des Arbeitsmodus ja

nein

Anzahl der zu übernehmenden Pflichtstunden pro Woche \_\_\_\_\_

Anzahl der zu unterrichtenden Fächer \_\_\_\_\_

Anlage 4

## Lehrkräfte für den theoretischen und praktischen Unterricht

-

### Hauptamtliche Lehrkräfte

(Mindestens eine hauptamtliche podologische Vollzeit-Unterrichtskraft pro 20 Schülerinnen bzw. Schülern/Kurs!)

Anlagemuster

Anlage 5

-

### Nebenamtliche Dozentinnen/Dozenten/Anleiterinnen/Anleiter für den praktischen Unterricht

(mit beruflicher Qualifikation für die Fächer, die sie lehren/anleiten!)

Anlagemuster

Anlage 6

### Praxisanleiterinnen/Praxisanleiter (Praktikum)

(1 Praxisanleiterin/Praxisanleiter pro Schülerin/Schüler für die praktische Ausbildung in Krankenhäusern/anderen geeigneten Einrichtungen)

Anlagemuster

Anlage 7

-

-

## Organisation der theoretischen und praktischen Ausbildung

Schulsekretärin/Schulsekretär

Vollzeit   
Teilzeit

### Ausbildungsplan, Curriculum, Lehrplan

(Gem. Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 der PodAPrV, Teil A)

Anlagemuster

Anlage 8

-

### System der praktischen Ausbildung (Praktikum) sowie Zeit- und Einsatzpläne für Krankenhäuser und andere geeignete Einrichtungen

(Gem. Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 der PodAPrV, Teil B)

Anlagemuster

Anlage 9

-

# Räumliche und sächliche Ausstattung

Anlage 10

Anzahl der **Klassenräume** \_\_\_\_\_

Raumauslastungspläne für Klassen- und Praxisräume für das gesamt Schuljahr

(siehe Anlage)

## 1. Klassenraum □

Quadratmeter \_\_\_\_\_

Möblierung: \_\_\_\_\_

Medienausstattung: Tafel:  PC:  \_\_\_\_\_

Verdunkelungsmöglichkeiten:  Waschbecken:  Tafel:

## 2. Klassenraum □

Quadratmeter \_\_\_\_\_

Möblierung: \_\_\_\_\_

Medienausstattung: Tafel:  PC:  \_\_\_\_\_

Verdunkelungsmöglichkeiten:  Waschbecken:

Ggf. weitere Räume:

Anzahl der **Aufenthaltsräume** \_\_\_\_\_

Quadratmeter \_\_\_\_\_

Möblierung: \_\_\_\_\_

Anzahl der **Lehrerzimmer** \_\_\_\_\_

Quadratmeter \_\_\_\_\_

Möblierung: \_\_\_\_\_

Telefon:  PC:

Pro Lehrkraft ist ein Büro wünschenswert, jedoch sollten nicht mehr als zwei Lehrerinnen/Lehrer sich ein Büro teilen müssen.

**Bibliothek/Medienraum**

Quadratmeter \_\_\_\_\_

Möblierung: \_\_\_\_\_

Telefon:  PC:

**Dozentenraum**

Quadratmeter \_\_\_\_\_

Möblierung: \_\_\_\_\_

Telefon:  PC:

Anzahl der Arbeitsplätze: \_\_\_\_\_

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

**Umkleideräume** (geschlechtsgetrennt) \_\_\_\_\_

**WC-Anlagen** (geschlechtsgetrennt) \_\_\_\_\_

**Duschen** (geschlechtsgetrennt) \_\_\_\_\_

**Medienraum** \_\_\_\_\_

**Archiv und Lagerraum** \_\_\_\_\_

**Teeküche** \_\_\_\_\_

Raumpläne im Maßstab 1:100 sind vorzulegen,

aus denen die genaue Nutzung der Räume und deren Bezeichnungen hervorgehen.

(s. Anlage)

## Sächliche Ausstattung

Overheadprojektor	<input type="checkbox"/>
Tafel	<input type="checkbox"/>
Waschbecken	<input type="checkbox"/>
Verdunkelungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>
Sonnenschutz	<input type="checkbox"/>
Filmprojektor	<input type="checkbox"/>
Diaprojektor	<input type="checkbox"/>
Videoanlage mit Kamera	<input type="checkbox"/>
Monitor	<input type="checkbox"/>
EDV-Anlage mit Internetzugang	<input type="checkbox"/>
Epidiascop	<input type="checkbox"/>
Fotokopierer	<input type="checkbox"/>

## Unterrichtsmaterialien

Lehrbücher, Zeitschriften, Nachschlagewerke	<input type="checkbox"/>
Skelette, anatomische/ergonomische Modelle	<input type="checkbox"/>
Knochensätze und Muskelmodelle	<input type="checkbox"/>
Wandtafeln und Dias	<input type="checkbox"/>

**Anzahl der praktischen Unterrichtsräume** \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ qm

**Anlage für warmes und kaltes Fließwasser im praktischen Unterrichtsraum oder in unmittelbarer Nähe**

-  
-  
-

## Spezifische Ausstattung

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Patientenstuhl mit Dreh-, Kipp- und Fußunterstützung pro Schülerin/Schüler                    | <input type="checkbox"/> |
| Behandlerstuhl mit federnder Lehne pro Schülerin/Schüler                                      | <input type="checkbox"/> |
| Lupenleuchte mit Rollenstativ (Kaltlichtleuchte mit 3,5 Dioptrien) pro Schülerin/Schüler      | <input type="checkbox"/> |
| Geräte-/Assistentztisch/-schrank auf Rollen pro Behandlungsplatz                              | <input type="checkbox"/> |
| Fußpflegemotor/-maschine mit Handstück, Fräsersatz und Absaugvorrichtung pro Behandlungsplatz | <input type="checkbox"/> |
| Desinfektionsgerät und adäquater Sterilisator   | <input type="checkbox"/> |
| Blutzuckermessgerät, Blutdruckmessgerät   | <input type="checkbox"/> |

## Gruppenarbeitsräume

(ggf. Nachweis über Mitbenutzungsrechte in Krankenhäusern und anderen geeigneten 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  
(Ersatzweise Gesellschaftsvertrag oder Satzung)**

**Kooperationen**

<b>Krankenhäuser und andere geeignete Einrichtungen</b>	<b>Anzahl der Praktikumsplätze</b>	<b>Anzahl der Praxisanleiterinnen/Praxisanleiter</b>

**(Kooperationsverträge beilegen!)**

## **Leitung der Schule**

### **Staatliche Berufserlaubnis**

(amtlich beglaubigt)

### **Pädagogische Qualifikation**

(amtlich beglaubigt)

**Lebenslauf**

**Zeugnisse**

**Arbeitsvertrag**

## **Stellvertretende Leitung der Schule**

### **Staatliche Berufserlaubnis**

(amtlich beglaubigt)

### **Pädagogische Qualifikation**

(amtlich beglaubigt)

**Lebenslauf**

**Zeugnisse/**

**Arbeitsvertrag**

## Hauptamtliche Lehrkräfte

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

(Berufserlaubnisse (amtlich beglaubigt), pädagogische Qualifikationen, Lebensläufe, Zeugnisse, Arbeitsverträge mit der Zahl der arbeitsvertraglich zu leistenden Wochenstunden und Angaben zu den zu unterrichtenden Fächern beilegen!)

**Nebenamtliche Dozentinnen/Dozenten****Anleiterinnen/Anleiter für den praktischen Unterricht**

<b>Name, Vorname</b>	<b>Berufs- bezeichnung, Qualifikation</b>	<b>Pädagogische Qualifikation/ Zusatzausbildung</b>	<b>Fort-/ Weiterbildung als/zur/zum</b>

(Berufserlaubnisse für das Fach, das sie lehren/anleiten, und Dozentinnen-/Dozenten-Verträge mit Angabe der Zahl der vertraglich zu leistenden Wochenstunden sowie der zu unterrichtenden Fächer beilegen!)

**Praxisanleiterinnen/Praxisanleiter (Praktikum)**

<b>Name, Vorname</b>	<b>Berufs- bezeichnung, Qualifikation</b>	<b>Krankenhäuser und andere geeignete Einrichtungen</b>

(Bitte Berufserlaubnisse beifügen)

## **Ausbildungsplan, Curriculum, Lehrplan**

Ausbildungsplan mit Verteilung der Fächer und Angabe der Stundenzahl für die gesamte Ausbildung

(Anlage)

Curriculum/Lehrplan mit Themenkatalog bzw. Stoffplan für jedes Fach

(Anlage)

System der Erfassung und Auswertung von Fehlzeiten

(Anlage)

Modus der Leistungsüberprüfung im theoretischen und praktischen Unterricht während der gesamten Ausbildung?

Was wird geprüft?

Wie wird geprüft?

Warum wird geprüft?

Kriterien und Bewertungsmaßstäbe?

Wie und wo werden die Ergebnisse dokumentiert?

(Anlage)

**Zeit- und Einsatzpläne****für die praktische Ausbildung (Praktikum)****in Krankenhäusern und anderen geeigneten Einrichtungen**

<b>Praktikantin/ Praktikant Nr.</b>	<b>Krankenhäuser und andere geeignete Einrichtungen</b>	<b>Stundenzahl</b>	<b>Zeitraum von...bis...</b>

Zeit- und Einsatzpläne für die praktische Ausbildung pro Schülerin/Schüler müssen zu Beginn der Ausbildung für die gesamte Ausbildung vorliegen.

System der Erfassung und Auswertung von Fehlzeiten beilegen.

(Anlage)

## **Raum-/Lageplan**

**1:100 mit genauer Raum-/Gebäudebezeichnung**

(Bei separaten Unterrichtsgebäuden bitte Lageplan beifügen!)

## **Nachweise über Mitbenutzungsrechte**

**z. B. von Gruppenarbeitsräumen**