

Erhebungsbogen
Antrag auf Anerkennung als staatlich anerkannte Schule
Für Medizinische Technologinnen und Technologen
Gem. § 18 MTBG (BGBl. I S. 274)

Hinweis zum Ausfüllen: [] ankreuzen oder Zahl eintragen.

- Laboratoriumsanalytik** []
- Radiologie** []
- Funktionsdiagnostik** []
- Veterinärmedizin** []

Name der Schule _____

Anschrift _____

Tel. _____

E-Mail _____

Homepage _____

Erste staatl. Anerkennung _____

Name des Trägers _____

Anschrift _____

E-Mail _____

Handels-/Vereinsregisterauszug/Feststellungsbescheid
(notfalls Gesellschaftsvertrag oder Satzung)



Beantragte Schülerzahl pro Kurs/Lehrgang _____

Beantragte Kursanzahl pro Jahr _____

Regelmäßiger Kursstart (Monat) _____

Die praktische Ausbildung gem. Anlage 6 zu § 4 Abs. 2 und 3 sowie § 5 Abs. 1 MTAPrV wird an folgenden Krankenhäusern und/oder anderen geeigneten medizinischen Einrichtungen durchgeführt:

Siehe Anlagemuster

Anlage 2

Leitung der Schule

Name, Vorname _____

Berufsbezeichnung _____

Stellenanteil _____

Abgeschlossene Hochschulausbildung (Masterniveau oder vergleichbar) []

Bestandsschutz gem. § 74 Abs. 3 Nr. 1 MTBG []

(Personen, die am 31.12.2022 rechtmäßig eine Schule für technische Assistenten in der Medizin leiten)

Bestandsschutz gem. § 74 Abs. 3 Nr. 3 MTBG []

(Personen, die am 31.12.2022 über die Voraussetzungen und erf. Qualifikationen für die Leitung verfügen)

Berufserlaubnis, päd. Qualifikation

Anlage 3

Ggf. stellvertretende Leitung der Schule

Name, Vorname _____

Berufsbezeichnung _____

Abgeschlossene Hochschulausbildung (Masterniveau oder vergleichbar) []

Bestandsschutz gem. § 74 Abs. 3 Nr. 1 MTBG []

(Personen, die am 31.12.2022 rechtmäßig eine Schule für technische Assistenten in der Medizin leiten)

Bestandsschutz gem. § 74 Abs. 3 Nr. 3 MTBG []

(Personen, die am 31.12.2022 über die Voraussetzungen und erf. Qualifikationen für die Leitung verfügen)

Berufserlaubnis, päd. Qualifikation

Anlage 4

Hauptberufliche Lehrkräfte

(Mind. eine hauptberufliche Unterrichtskraft pro 20 Auszubildende/Kurs)

Abgeschlossene päd. Hochschulausbildung

(Masterniveau oder vergleichbar)

[]

Bestandsschutz gem. § 74 Abs. 3 Nr. 2 MTBG

(Personen, die am 31.12.2022 rechtmäßig an einer Schule für technische Assistenten in der Medizin unterrichten)

[]

Bestandsschutz gem. § 74 Abs. 3 Nr. 3 MTBG

(Personen, die am 31.12.2022 über die Voraussetzungen und erf. Qualifikationen für die Tätigkeit als Lehrkraft verfügen)

[]

Berufserlaubnis, pädagogische Qualifikation, Arbeitsvertrag

Anlage 5

Nebenberufliche Dozentinnen/Dozenten

(mit beruflicher Qualifikation für das Fach, das sie lehren)

Berufsqualifikation, Berufserfahrung

Anlage 6

Stundenverteilungsplan

(Gem. Anlage 5 zu § 3 Abs. 2 MTAPrV)

Anlagemuster

Anlage 7

Übersichtspläne für die praktische Ausbildung in den Krankenhäusern/medizinischen Einrichtungen

(Gem. Anlage 6 zu § 4 Abs. 2 und 3 sowie § 5 Abs. 1 MTAPrV)

Anlagemuster

Anlage 8

Räumliche und sächliche Ausstattung der Schule

Anlage 9

Raumpläne 1:100 mit genauer Raumbezeichnung

Anzahl der Klassenräume _____
Größe _____ qm
Möblierung, Ausstattung _____

Anzahl der Lehrerzimmer _____
Größe _____ qm
Möblierung, Ausstattung _____

Anzahl der Dozenten/Lehrerbüros _____
Größe _____ qm
Möblierung, Ausstattung _____

Sekretariat _____
Größe _____ qm
Möblierung, Ausstattung _____

Bibliothek []

Medienrum []

Archiv/Lagerraum []

Teeküche []

Aufenthaltsräume []

Umkleideräume (geschlechtsgetrennt) []

Toilettenräume (geschlechtsgetrennt) []

Duschräume (geschlechtsgetrennt) []

Sonstige Unterrichtsräume []

(Röntgenräume. Labor, Physikräume. EDV-Räume etc. bitte einzeln aufführen)

Sächliche Ausstattung

(z. B. Smart Board, Kopierer u.a., bitte einzeln auflühren)

Fachspezifisches Unterrichtsmaterial

(z.B. Lehrbücher, Phantome und Skelette etc., bitte einzeln auflühren)

Gruppenarbeitsräume/Labore

Evtl. Nachweis über Mitbenutzungsrechte in Einrichtungen außerhalb der Schule

Anlage 10

Die sachliche Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird bestätigt.

Für den Träger der Schule

Ort, Datum

Unterschrift

Leitung der Schule

Ort, Datum

Unterschrift

Handels-/Vereinsregisterauszug
Feststellungsbescheid
(ersatzweise Gesellschaftsvertrag oder Satzung)
des Trägers

Bitte Kooperationsverträge beilegen.

Trägerübersicht der praktischen Ausbildungseinrichtungen

Name des Trägers	Anschrift	PLZ / Ort	Ansprechpartner	E-Mail	Telefon	Bemerkungen

Leitung der Schule

- **Berufserlaubnis** (amtlich beglaubigt)
- **Nachweis der pädagogischen Qualifikation**
oder

Nachweis zum Bestandsschutz gem. § 74 Abs. 3 Nr. 1 MTBG

oder

Nachweis zum Bestandsschutz gem. § 74 Abs. 3 Nr. 3 MTBG

- **Lebenslauf**
- **Arbeitsvertrag**

Stellvertretende Leitung der Schule

- **Berufserlaubnis** (amtlich beglaubigt)
- **Nachweis der pädagogischen Qualifikation**
oder

Nachweis zum Bestandsschutz gem. § 74 Abs. 3 Nr. 1 MTBG

oder

Nachweis zum Bestandsschutz gem. § 74 Abs. 3 Nr. 3 MTBG

- **Lebenslauf**
- **Arbeitsvertrag**

Hauptberufliche Lehrkräfte

Anlage 5

Name, ggf. Geburtsname	Vorname	Geburts- datum	Geschlecht	Bildungs- grad	Studien- gang	Päd. Zusatz- quali- fikation	Funktion	Stunden- umfang	VZÄ (Vollzeit- äquivalent)	Bemerk- ungen (beurlaubt/ ausgeschieden)

Bitte Berufserlaubnisse (amtlich beglaubigt), Nachweise über pädagogische Qualifikationen und Arbeitsvertragskopien beilegen.

Nebenberufliche Dozentinnen/Dozenten

Anlage 6

Name, ggf. Geburtsname	Vorname	Geburts- datum	Geschlecht	Bildungs- grad	Studien- gang	Päd. Zusatz- quali- fikation	Stunden- umfang	VZÄ (Vollzeit- äquivalent)	Bemerkungen

Bitte Berufserlaubnisse (amtlich beglaubigt), Nachweise über pädagogische Qualifikationen und Arbeitsvertragskopien beilegen.

Stundenverteilungsplan

Fach/Thema	Dozent/in	Stundenzahl Soll / Ist
1 Kompetenzbereich I		
2 Kompetenzbereich II		
3 Kompetenzbereich III		
4 Kompetenzbereich IV		
		Insgesamt

Bitte Curriculum, Lehrgangs- und/oder Wochenstundenplan beilegen.

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

Praktikant Nr.	Krankenhaus/ medizinische Einrichtung	Stundenzahl	Zeitraum Von... bis...

Bitte Einsatz-/Schülerrotationsplan für Praktikum beilegen.

Raum-/Lageplan 1:100
mit genauer Raumbezeichnung
und Einrichtungsbeschreibung

(Bei separaten Unterrichtsgebäuden bitte Lageplan beifügen)

**Nachweise über Mitbenutzungsrechte von
Gruppenarbeits-/Technikräumen/Laboren**