

Bezeichnung der Einrichtung

Datum,

Landesamt für Gesundheit und Soziales
Mecklenburg-Vorpommern
Abteilung 3
Landesprüfungsamt für Heilberufe
Erich- Schlesinger- Str. 35
18059 Rostock

Ermächtigung zur Annahme von Praktikanten in der Ausbildung zu Masseuren und medizinischen Bademeistern

- Im Hinblick auf die Ermächtigung haben sich **keine** Veränderungen ergeben. *

Bei Veränderungen bitte folgende Angaben bzw. Unterlagen beifügen: *

- Veränderungsmeldung
- Kopie der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung für die/den in der Ausbildung verantwortlichen Mitarbeiter und entsprechende Nachweise über eine mindestens zweijährige Berufstätigkeit.

Unterschrift der Einrichtungsleitung
(bei Kliniken Verwaltungsdirektor)

Landesamt für Gesundheit und Soziales
Mecklenburg-Vorpommern
Abteilung 3
Landesprüfungsamt für Heilberufe
Erich- Schlesinger- Str. 35
18059 Rostock

Veränderungsmeldung

Veränderungsmeldung bezüglich der Ermächtigung zur Annahme von Praktikanten in der Ausbildung zu Masseuren und medizinischen Bademeistern

1. Allgemeine Angaben

- Die Bezeichnung der Einrichtung bzw. der Träger hat sich geändert. *

Nein, hat sich nicht geändert.

Ja, die Einrichtung wird unter folgender Bezeichnung weitergeführt:

- Anzahl der derzeitigen Praktikumsplätze insgesamt: _____

* bitte ankreuzen

** bitte Kopie der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung beifügen

2. Personelle Voraussetzungen

▪ **Anzahl der Mitarbeiter in der Einrichtung/Abteilung insgesamt** _____

davon: - Masseur und medizinischer Bademeister _____

- Physiotherapeut/ Krankengymnast _____

▪ **amentliche Benennung der für die Ausbildung Verantwortlichen**

Name, Vorname	berufliche Qualifikation**	Dauer der Tätigkeit im Beruf
---------------	----------------------------	------------------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. Räumliche und einrichtungsmäßige Voraussetzungen

(apparative Ausstattung; siehe Rahmenverträge zwischen Berufsverbänden und Krankenkassen.) *

Nein, hat sich nicht geändert.

Ja, folgende Voraussetzungen haben sich geändert:

Bemerkung:

Ort, Datum

Unterschrift der Einrichtungsleitung
(bei Kliniken Verwaltungsdirektor)

Unterschrift des Ausbildungsverantwortlichen

* bitte ankreuzen

** bitte Kopie der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung beifügen