

Landesamt für Gesundheit und Soziales
Landesprüfungsamt für Heilberufe
Postfach 21 10 55
18083 Rostock

Ermächtigung zur Annahme von Praktikanten in der Ausbildung zur/ zum Masseur/ in und medizinischen Bademeister/ in

I. Angaben zur Einrichtung

Bezeichnung	
Anschrift	
Ansprechpartner	

- Im Hinblick auf die Ermächtigung haben sich keine Änderungen ergeben.
- Im Hinblick auf die Ermächtigung haben sich Änderungen ergeben. Fügen Sie dann bitte folgende Unterlagen bei:
 - Anlage zur Veränderungsmeldung
 - Kopie der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung für die/den in der Ausbildung verantwortlichen Mitarbeiter und entsprechende Nachweise über eine mindestens zweijährige Berufstätigkeit

Ort, Datum

Unterschrift der Einrichtungsleitung (bei
Kliniken Verwaltungsdirektor/in)

Landesamt für Gesundheit und Soziales
 Landesprüfungsamt für Heilberufe
 Postfach 21 10 55
 18083 Rostock

Anlage zur Veränderungsmeldung bezüglich der Ermächtigung zur Annahme von Praktikanten in der Ausbildung zur/ zum Masseur/ in und medizinischen Bademeister/ in

I. Allgemeine Angaben

Die Bezeichnung der Einrichtung bzw. des Trägers hat sich geändert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung/des Trägers	
Ansprechpartner	
Anzahl der derzeitigen Praktikumsplätze gesamt	

II. Personelle Voraussetzungen

Anzahl der Mitarbeiter in der Einrichtung/Abteilung insgesamt	
davon Masseure und medizinische Bademeister	
davon Physiotherapeuten/ Krankengymnasten	

Name, Vorname der/des für die Ausbildung Verantwortlichen	Berufliche Qualifikation <i>(Bitte Kopie der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung beifügen)</i>	Dauer der Tätigkeit im Beruf

III. Räumliche und einrichtungsmäßige Voraussetzungen

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

Die Voraussetzungen haben sich geändert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte Änderungen näher beschreiben	

Weitere Hinweise und Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift der Einrichtungsleitung (bei Kliniken Verwaltungsdirektor/in)

Ort, Datum

Unterschrift der/des Ausbildungsverantwortlichen