

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

Erhebungsbogen

zum Antrag auf Erteilung der Ermächtigung zur Annahme und Ausbildung von Praktikanten in der
Ausbildung zum/r Masseur/in und medizinischen/e Bademeister/in

1. Allgemeine Angaben

- Bezeichnung der Einrichtung:
Anschrift, Telefon

- Angaben über den Träger:
Bezeichnung/Anschrift

- Anzahl der vorgesehenen Praktikumsplätze insgesamt: _____

- **Angabe der angewandten Therapieformen in der Einrichtung***

- 1. klassische Massagetherapie
- 2. Reflexzonen-therapie
- 3. Sonderformen der Massagetherapie
- 4. Übungsbehandlung im Rahmen der Massage und anderer physikalisch therapeutischer Verfahren
- 5. Elektro-, Licht- und Strahlentherapie
- 6. Hydro-, Balneo-, Thermo- und Inhalationstherapie

2. Personelle Voraussetzungen

- **Anzahl der Mitarbeiter in der Einrichtung/Abteilung insgesamt**

davon:

- Masseur und medizinischer Bademeister

- Physiotherapeut/Krankengymnast

- **namentliche Benennung der für die Ausbildung Verantwortlichen**

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

* bitte ankreuzen

**bitte Kopie der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung beifügen!

3. Räumliche und einrichtungsmäßige Voraussetzungen

(von Einrichtungen auszufüllen, die kein Abnahmeprotokoll gemäß den Vereinbarungen zwischen den Krankenkassenverbänden und den Berufsorganisationen vorlegen können)

- | | |
|---|---------|
| 1. Größe der physiotherapeutischen Einrichtung | _____ |
| 2. Angabe der Gesamttherapiefläche | _____ |
| 3. Anzahl der Behandlungsräume | _____ |
| 4. Anzahl der Behandlungsliegen | _____ |
| 5. Geräte zur Durchführung von Traktionsbehandlungen | ja/nein |
| 6. Einrichtungen zur Abgabe von hydrotherapeutischen Behandlungen | ja/nein |
| 7. Einrichtung zur Abgabe von Wärmepackungen | ja/nein |
| 8. Geräte zur Durchführung von Elektrobehandlungen | ja/nein |
| 9. Kryotherapie | ja/nein |
| 10. Einrichtung zur Abgabe medizinischer und gashaltiger Bäder | ja/nein |
| 11. Geräte für Raum - oder Apparate-Inhalation | ja/nein |

Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift des/der Leiters/in
der Einrichtung
(bei Kliniken des Verwaltungsdirektors)

Unterschrift des für die Ausbildung
Verantwortlichen