

**Erhebungsbogen zur Selbstauskunft
-Masseurinnen/Masseure und medizinische Bademeisterinnen/Bademeister-**

zum Antrag auf Erteilung der Ermächtigung von Einrichtungen zur Annahme von praktisch Tätigen in der Ausbildung zur Masseurin und medizinischen Bademeisterin bzw. zum Masseur und medizinischen Bademeister nach § 7 MPhG



Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)
Postfach 90 02 36
14438 Potsdam

Kontakt:
Dezernat G1
Schulaufsicht@lavg.brandenburg.de

Eingangsvermerk des LAVG

Auf der Grundlage der entsprechenden Qualitätsstandards des Landes Brandenburg – Stand August 2022

1. Angaben zur Einrichtung

Bezeichnung der Einrichtung:

Straße, Hausnummer:

PLZ: Ort:

Telefon: Telefax:

E-Mail:

Internetadresse (URL):

Leitung der Einrichtung:

Rechtsstatus:

2. Angaben zum Träger

Bezeichnung:

Straße, Hausnummer:

PLZ: Ort:

Telefon: Telefax:

Rechtsstatus:

3. Anzahl der beantragten Plätze für die Durchführung der praktischen Tätigkeit nach § 7 MPhG:

Anzahl sonstiger Praktikanten in der Ausbildung zur/zum

Physiotherapeutin/Physiotherapeuten: Masseur/in und medizinische/n Bademeister/in:

4. Angaben zur Einrichtung

Fachgebiet	durchschnittliche Anzahl an Patienten pro Monat (Angabe für Kliniken und Praxen)	Bettenanzahl (Angabe für Kliniken)
Chirurgie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Innere Medizin	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Orthopädie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Neurologie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pädiatrie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psychiatrie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gynäkologie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonstige <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
gesamt:		<input type="text"/>

5. Angaben zu Therapieformen, die regelmäßig in der Einrichtung angewandt werden:

Therapieform	durchschnittliche Anzahl	
	täglich	monatlich
Klassische Massagetherapie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reflexzonentherapie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonderformen der Massage	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Übungsbehandlung im Rahmen der Massage und anderer physikalisch-therapeutischer Verfahren	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Elektro-, Licht- und Strahlentherapie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hydro-, Balneo-, Thermo- und Inhalationstherapie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
weitere Therapieformen, je nach Gegebenheit der Einrichtung (bitte benennen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Personelle Voraussetzungen

6.1 Anzahl der beschäftigten Fachkräfte im Bereich der Physiotherapie (ggf. einschließlich Praxisinhaber(in))

insgesamt:

davon:

- Masseur(in) und medizinische(r) Bademeister(in):
- Masseur(in):
- Physiotherapeut(in) / Krankengymnast(in):

6.2 Benennung der Anleiter(innen) für die praktische Tätigkeit

(Bitte denken Sie daran, die unten angegebenen Nachweise mit zusenden)

Namen der Anleiter(in)	Berufliche Qualifikation ¹ / Weiter- und Fortbildungen ²	Dauer der Tätigkeit im Beruf ³
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Von den vorbezeichneten Anleitern wird für die gesamte Ausbildung als verantwortliche(r) Anleiter(in) namentlich benannt⁴ :

Name:

Vertretung:

¹ Entsprechende Berufsbezeichnungserlaubnis bei physiotherapeutischen Praxen Bestätigung der Anmeldung beim örtlichen Gesundheitsamt - beides in amtlich beglaubigter Form -

² Entsprechende Nachweise - in Kopie -

³ Entsprechende Nachweise, z.B. Bestätigung der arbeitgebenden Person

⁴ Nur ausfüllen, wenn mehrere Anleiter benannt wurden

7. Räumliche Voraussetzungen und sächliche Ausstattung der Einrichtung¹

Räumliche Voraussetzungen

Größe der Einrichtung / Abteilung: m²

Gesamttherapiefläche: m²

Behandlungsräume: Anzahl

Raum für Besprechungen vorhanden: ja nein

Gymnastikraum vorhanden: ja nein

Größe: m²

Sächliche Ausstattung

Einrichtungen insbesondere zur Abgabe von Elektro- und Hydrotherapie

Elektrotherapiegeräte: Anzahl

Stangerbad vorhanden: ja nein

Vierzellenbad vorhanden: ja nein

Zweizellenbad vorhanden: ja nein

Sonstige:

Technische Möglichkeiten für die Kryotherapie vorhanden: ja nein

Bewegungstherapie im Wasser / Wasserbecken vorhanden: ja nein

Einrichtungen zur Abgabe medizinischer und gashaltiger Bäder vorhanden: ja nein

Wanne für Unterwasserdruckstrahlmassage vorhanden: ja nein

Vorrichtungen für Güsse: ja nein

Apparate für Inhalationstherapie vorhanden: ja nein

Einrichtungen zur Abgabe von Wärmetherapie vorhanden: ja nein

bitte benennen:

Geräte zur Durchführung von Übungsbehandlungen

Behandlungsliegen: Anzahl

Sprossenwand vorhanden: ja nein

Übungsgeräte vorhanden: ja nein

Gymnastikmatte vorhanden: ja nein

Gymnastikhocker vorhanden: ja nein

Spiegel vorhanden: ja nein

Sonstige (bitte benennen):

Erklärung über ganztägige Anleitung

Es wird gewährleistet, dass die tätigen Personen ganztägig unter Anleitung einer zur Ausbildung beauftragten und geeigneten Person arbeitet.

Eine anleitende Person betreut nicht mehr als eine praktisch tätige Person.

¹ Nachweise, z.B. letztes Abnahmeprotokoll oder Grundriss, beifügen

Ort, Datum

Unterschrift u. Stempel der Leitung der medizinischen Einrichtung

Sie können online unter folgenden Links die [Datenschutzerklärung](#) und die [Hinweise zur DSGVO beim Ausfüllen von Formularen des LAVG](#) abrufen.