

## Erhebungsbogen zur Selbstauskunft

### - Masseure und medizinische 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**

auf der Grundlage der entsprechenden Qualitätsstandards des Landes Brandenburg  
Stand: Juli 2016

#### 1. Angaben zur Einrichtung

Bezeichnung der Einrichtung:

Anschrift:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Internetadresse:

Leitung der Einrichtung:

Rechtsstatus:

#### 2. Angaben zum Träger

Angaben über den Träger:

Bezeichnung:

Anschrift:

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

(Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und andere geeignete medizinische Einrichtungen)

Fachgebiet	ggf. Bettenanzahl	durchschnittliche Anzahl an Patienten pro Monat
Chirurgie		
Innere Medizin		
Orthopädie		
Neurologie		
Pädiatrie		
Psychiatrie		
Gynäkologie		
Sonstige (bitte benennen)		
<b>gesamt:</b>		

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

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

## 6. Personelle Voraussetzungen

### 6.1 Anzahl der Mitarbeiter

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 <sup>1</sup> / Weiter- und Fortbildungen <sup>2</sup>	Dauer der Tätigkeit im Beruf <sup>3</sup>

**Von den vorbezeichneten Anleitern wird für die gesamte Ausbildung als verantwortliche(r) Anleiter(in) namentlich benannt<sup>4</sup>:**

Frau/Herr \_\_\_\_\_

Vertreter \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Entsprechende Berufsbezeichnungserlaubnis beifügen

<sup>2</sup> Entsprechende Nachweise beifügen

<sup>3</sup> Entsprechende Nachweise, z.B. Bestätigung der / des Arbeitgebers, beifügen

<sup>4</sup> Nur ausfüllen, wenn mehrere Anleiter benannt wurden

## 7. Räumliche Voraussetzungen und sächliche Ausstattung der Einrichtung<sup>1</sup>

### Räumliche Voraussetzungen

Größe der Einrichtung / Abteilung \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Gesamttherapiefläche \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Behandlungsräume Anzahl: \_\_\_\_\_

Raum für Besprechungen vorhanden: ja  nein

vorhanden: ja  nein

Gymnastikraum Größe: \_\_\_\_\_m<sup>2</sup>

### Sächliche Ausstattung

#### Einrichtungen zur Abgabe von Elektrotherapie und von unterschiedlichen Bädern

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 vorhanden: ja  nein

Apparate für Inhalationstherapie vorhanden: ja  nein

<sup>1</sup> Nachweise, z.B. letztes Abnahmeprotokoll oder Grundriss, beifügen

### Geräte zur Durchführung von Übungsbehandlungen

Behandlungsliegen	Anzahl: _____
– Sprossenwand	vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
– Übungsgeräte	vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
– Gymnastikmatte	vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
– Gymnastikhocker	vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
– Spiegel	vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Einrichtungen zur Abgabe von Wärmetherapie (bitte benennen)	_____ _____ _____
Sonstige (bitte benennen)	_____

### Erklärung über ganztägige Anleitung

Es wird gewährleistet, dass die/der praktisch Tätige **ganztägig** unter Anleitung einer/s zur Ausbildung beauftragten und geeigneten Mitarbeiterin/s arbeitet.

Ein(e) Anleiter(in) betreut nicht mehr als einen praktisch Tätigen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel u. Unterschrift der Leitung der  
medizinischen Einrichtung