

Erhebungsbogen
Antrag auf Anerkennung als staatlich anerkannte Schule
für Medizinische Technologinnen und Technologen
gem. § 18 MTBG (BGBl. I S. 274)

Hinweis zum Ausfüllen: [] ankreuzen oder Zahl eintragen. Bitte möglichst auch online ausfüllen!

| | |
|------------------------------|-----|
| Laboratoriumsanalytik | [] |
| Radiologie | [] |
| Funktionsdiagnostik | [] |
| Veterinärmedizin | [] |

Name der Schule _____

Anschrift _____

Tel. _____

E-Mail _____

Homepage _____

Erste staatl. Anerkennung _____

Name des Trägers _____

Anschrift _____

E-Mail _____

Handels-/Vereinsregisterauszug/Feststellungsbescheid

(notfalls Gesellschaftsvertrag oder Satzung)

Anlage 1

Beantragte Schülerzahl pro Lehrgang _____

Beantragte Lehrgangszahl pro Jahr _____

Regelmäßiger Lehrgangsbeginn (Monat) _____

Die praktische Ausbildung gem. Anlage 6 zu § 4 Abs. 2 und 3 sowie § 5 Abs. 1 MTAPrV wird an folgenden Krankenhäusern und/oder anderen geeigneten medizinischen Einrichtungen durchgeführt:

Siehe Anlagemuster

Anlage 2

Leitung der Schule

Name, Vorname _____

Berufsbezeichnung _____

Stellenanteil _____

Pädagogische Qualifikation / Zusatzausbildung []

Mindestens fünfjährige praktische Berufstätigkeit []

Mindestens einjährige Unterrichtstätigkeit []

Berufserlaubnis, päd. Qualifikation

Anlage 3

Ggf. stellvertretende Leitung der Schule

Name, Vorname _____

Berufsbezeichnung _____

Pädagogische Qualifikation / Zusatzausbildung []

Mindestens fünfjährige praktische Berufstätigkeit []

Mindestens einjährige Unterrichtstätigkeit []

Berufserlaubnis, päd. Qualifikation

Anlage 4

Hauptberufliche Lehrkräfte

(Mindestens eine hauptberufliche Unterrichtskraft pro 20 Auszubildende/Kurs)

Berufserlaubnis, pädagogische Qualifikation, Arbeitsvertrag

Anlage 5

Nebenberufliche Dozentinnen/Dozenten

(mit beruflicher Qualifikation für das Fach, das Sie lehren)

Berufsqualifikation, Berufserfahrung

Anlage 6

Kooperationspartner

(Übersicht der praktischen Ausbildungseinrichtungen und Trägerübersicht)

Anlagemuster

Anlage 7

Stundenverteilungsplan

(Gem. Anlage 5 zu § 3 Abs. 2 MTAPrV)

Anlagemuster

Anlage 8

Übersichtspläne für die praktische Ausbildung in den Krankenhäusern/medizinischen Einrichtungen

(Gem. Anlage 6 zu § 4 Abs. 2 und 3 sowie § 5 Abs. 1 MTAPrV)

Anlagemuster

Anlage 9

Räumliche und sächliche Ausstattung der Schule

Raumpläne 1:100 mit genauer Raumbezeichnung

Anlage 10

Anzahl der Klassenräume _____
Größe _____ qm
Möblierung, Ausstattung _____

Anzahl der Lehrerzimmer _____
Größe _____ qm
Möblierung, Ausstattung _____

Anzahl der
Dozenten/Lehrerbüros _____
Größe _____ qm
Möblierung, Ausstattung _____

Sekretariat
Größe _____ qm
Möblierung, Ausstattung _____

Bibliothek []

Medienraum []

Archiv/Lagerraum []

Teeküche []

Aufenthaltsräume []

Umkleideräume (geschlechtsgetrennt) []

Toilettenräume (geschlechtsgetrennt) []

Duschräume (geschlechtsgetrennt) []

Sonstige Unterrichtsräume []

(Röntgenräume, Labor, Physikräume, EDV-Räume etc. bitte einzeln aufführen)

Sächliche Ausstattung

(z.B. Smart Board, Kopierer u.a., bitte einzeln auflühren)

Fachspezifisches Unterrichtsmaterial

(z.B. Lehrbücher, Phantome und Skelette etc., bitte einzeln auflühren)

Gruppenarbeitsräume/Labore

Evtl. Nachweis über Mitbenutzungsrechte in Einrichtungen außerhalb der Schule

Anlage 11

Die sachliche Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird bestätigt.

Für den Träger der Schule

Ort, Datum

Unterschrift

Leitung der Schule

Ort, Datum

Unterschrift

**Handels-/Vereinsregisterauszug
Feststellungsbescheid**

(ersatzweise Gesellschaftsvertrag oder Satzung)

des Trägers

Leitung der Schule

- **Berufserlaubnis** (amtlich beglaubigt)
- **Nachweis der pädagogischen Zusatzqualifikation**
 - **Lebenslauf**
 - **Arbeitsvertrag**

Stellvertretende Leitung der Schule

- **Berufserlaubnis** (amtlich beglaubigt)
- **Nachweis der pädagogischen Zusatzqualifikation**
 - **Lebenslauf**
 - **Arbeitsvertrag**

Hauptberufliche Lehrkräfte

Anlage 5

| Name, ggf. Geburtsname | Vorname | Geburtsdatum | Geschlecht | Bildungsgrad | Studiengang | Päd. Zusatz- qualifikation | Funktion | Stunden- umfang | VZÄ (Vollzeit- äquivalent) | Bemerkungen (beurlaubt/ ausgeschieden) |
|---------------------------|---------|--------------|------------|--------------|-------------|-------------------------------|----------|--------------------|----------------------------------|--|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Bitte Berufserlaubnisse (amtlich beglaubigt), Nachweise über pädagogische Qualifikationen und Arbeitsvertragskopien beilegen.

Nebenberufliche Dozentinnen/Dozenten

| Name, ggf. Geburtsname | Vorname | Geburtsdatum | Geschlecht | Bildungsgrad | Studiengang | Päd. Zusatz- qualifikation | Stunden- umfang | VZÄ (Vollzeit- äquivalent) | Bemerkungen |
|-----------------------------------|----------------|---------------------|-------------------|---------------------|--------------------|---------------------------------------|----------------------------|---|--------------------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Bitte Berufserlaubnisse (amtlich beglaubigt), Nachweise über pädagogische Qualifikationen und Arbeitsvertragskopien beilegen.

Trägerübersicht der praktischen Ausbildungseinrichtungen

Anlage 7

| Name des Trägers | Anschrift | PLZ | Ort | Ansprechpartner | E-Mail | Telefon | Bemerkungen |
|------------------|-----------|-----|-----|-----------------|--------|---------|-------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Stundenverteilungsplan

| Fach/Thema | Dozent/in | Stundenzahl Soll / Ist |
|------------------------|------------------|---|
| 1 Kompetenzbereich I | | |
| 2 Kompetenzbereich II | | |
| 3 Kompetenzbereich III | | |
| 4 Kompetenzbereich IV | | |
| | | insgesamt |

Bitte Curriculum, Lehrgangs- und/oder Wochenstundenplan beilegen.

Übersichtspläne für die praktische Ausbildung in den Krankenhäusern/medizinischen Einrichtungen

| Praktikant Nr. | Krankenhaus/ medizinische Einrichtung | Stundenzahl | Zeitraum von...bis... |
|-----------------------|--|--------------------|----------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Bitte Einsatz-/Schülerrotationsplan für Praktikum beilegen.

Raum-/Lageplan 1:100

**mit genauer Raumbezeichnung
und Einrichtungsbeschreibung**

(Bei separaten Unterrichtsgebäuden bitte Lageplan beifügen)

**Nachweise über Mitbenutzungsrechte
Von Gruppenarbeits-/Technikräumen/Laboren**