Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Postanschrift: 15228 Frankfurt (Oder)
Telefon 0335 551-0, Telefax 0335 551-1295
Service-Telefon: 0800 100048025

Deutsche Rentenversicherung

Name der Rehabilitationseinrichtung

Aktueller Personalstandsplan für das Jahr _____

☐ März ☐ Juli ☐ November ☐ bei Veränderung **Blatt-Nr.** _____

Medizinisch-therapeutisches Personal **Abteilung:** _____

1	2	3	4		5	6
Name, Vorname	**Jahr** Approbation, Diplom, Examen	**Funktionsbezeichnung**	**in der Einrichtung** seit	bis	**Arbeitszeit** (Stunden pro Woche, Honorarbasis?)	**Berufliche Qualifikation** (Gebietsbezeichnung, Teilgebietsbezeichnung, Zusatzbezeichnung z. B. Sozialmedizin, Art des Diploms / Art der Ausbildung) für alle Angaben bitte Nachweise beifügen

Hinweis zu Spalte 3: Als Funktionsbezeichnungen sind ausschließlich die Funktionsbezeichnungen / Berufsbezeichnungen der Personalstandsmeldung zu verwenden.

Hinweis zu Spalte 6: Hierzu zählen auch für die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für die jeweilige Funktion wesentliche berufliche Weiterbildungen.

G7617-25 PDF
Version 05005