Deutsche Rentenversicherung Bund

Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-0, Fax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 100048070
drv@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung

Name der Rehabilitationseinrichtung

Aktueller Personalstandsplan für das Jahr _____

☐ Februar ☐ Juni ☐ Oktober ☐ 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.

G7617-70 PDF
Version 05005