

Name der Rehabilitationseinrichtung

**Aktueller Personalstandsplan für das Jahr** \_\_\_\_\_

Februar  Juni  Juli  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, 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.

