

Beschäftigungsnachweis



Mitarbertermeldung für Praxis: _____

Name des Mitarbeiters

Geburtsdatum

____.____.____

Fachliche Leitung

Ja Nein

Beruf

Krankengymnast/Physiotherapeut

Masseur und medizinischer Bademeister

Beschäftigungsform

Angestellt

Freie Mitarbeit

Wochenarbeitszeit

_____ Std./ geringfügig

Ort der schwerpunktmäßigen Tätigkeit

Physiotherapiepraxis

Hausbesuche

tagesstrukturierende Einrichtungen

Beginn der Tätigkeit (Datum)

____.____.____

Ende der Tätigkeit (Datum)

____.____.____

Besondere Maßnahmen der physikalischen Therapie

Manuelle Lymphdrainage

Manuelle Therapie

Bobath Kinder

Vojta Kinder

Bobath Erwachsene

Vojta Erwachsene

PNF

Psychomotorik

KG-Geräte

Unterschrift des Praxisinhabers

Unterschrift des Mitarbeiters

Bitte beifügen:

Berufsurkunde, abrechnungsrelevante Zertifikate