

Beschäftigungsnachweis



Mitarbeitermeldung für Praxis: _____

Name des Mitarbeiters

Fachliche Leitung

Ja Nein

Beruf

Krankengymnast/Physiotherapeut

Masseur und medizinischer Bademeister

Beschäftigungsform

Angestellt

Freie Mitarbeit

Wochenarbeitszeit

__ Std. / geringfügig

Beginn der Tätigkeit

Ende der Tätigkeit

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 und Weiterbildungsnachweise