

**Antrag auf Anerkennung als beruflich anerkannte Schule  
gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB S  
für Kostenträger**

**Hinweise zum Ausfüllen:**  
 ankreuzen             Zahl eintragen             ausfüllen

**Name des Trägers:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Name der Aus-  
bildungsstätte:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eingerichtet an einem Krankenhaus (§ 2 Ziff. 1a. KHG)      ja        
nein     

Wenn ja:

**Name :** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kooperationen mit Krankenhäusern/Kliniken (Anlage Verträge) ja   
nein

Kooperationsverträge mit Angabe der Fachrichtung und eingestellten Logopäden sowie Anzahl der Ausbildungsplätze liegen vor. ja   
nein

Nachweis der Anbindung an ein Krankenhaus/eine Klinik mit einer ärztlich besetzten Phoniatrie und ausreichender Patientenzahl mit entsprechenden logopädischen Krankheitsbildern gem. Log AprO ja   
nein

### Organisation der Schule:

#### Leitung der Schule:

Name der Stelleninhaberin/des Stelleninhabers: \_\_\_\_\_

Berufliche Qualifikation/Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_  
(Anlage Zeugnis)

Pädag. Zusatzausbildung: ja   
nein

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
(Anlage Zeugnis)

Nachweis einer fünfjährigen Berufstätigkeit ja   
nein

Eine mindestens einjährige Tätigkeit im Unterrichten oder  
Anleiten von Schülern wurde nachgewiesen: ja   
nein

Der Arbeitsvertrag mit Angabe des Arbeitsmodus wurde vor-  
gelegt (Anlage): ja   
nein

Anzahl der zu übernehmenden Pflichtstunden pro Woche: \_\_\_\_\_

Anzahl der zu unterrichtenden Fächer: \_\_\_\_\_

### **Stellvertretende Schulleitung**

Name der Stelleninhaber/in/des Stelleninhabers: \_\_\_\_\_

Berufliche Qualifikation/Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_  
(Anlage Zeugnis)

Pädag. Zusatzausbildung: ja   
nein

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
(Anlage Zeugnis)

Nachweis einer fünfjährigen Berufstätigkeit ja   
nein

Eine mindestens einjährige Tätigkeit im Unterrichten oder  
Anleiten von Schülern wurde nachgewiesen: ja   
nein

Der Arbeitsvertrag mit Angabe des Arbeitsmodus wurde vorgelegt (Anlage):

ja   
nein

Anzahl der zu übernehmenden Pflichtstunden pro Woche: \_\_\_\_\_

Anzahl der zu unterrichtenden Fächer: \_\_\_\_\_

### Lehrkräfte für den theoretischen und praktischen Unterricht

Anzahl der hauptamtlichen Lehrkräfte: \_\_\_\_\_

1. Name: \_\_\_\_\_

Berufliche Qualifikation: \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

(Anlage Zeugnis)

Pädagogische Zusatzausbildung: \_\_\_\_\_

(Anlage Zeugnis)

Nachweis einer zweijährigen Berufstätigkeit

ja

nein

Fortbildungsveranstaltungen  
der letzten drei Jahre: \_\_\_\_\_

Angabe der Zahl der arbeitsvertraglich zu leistenden Wochenstunden: \_\_\_\_\_  
(Anlage Arbeitsvertrag)

Angabe der zu unterrichten- \_\_\_\_\_  
den Fächer: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. (bei weiteren hauptamtlichen Lehrkräften Angaben in der Anlage)

Gewährleistung mind. einer hauptamtlichen Unterrichtskraft ja   
pro Kurs, sofern nicht mehr als 8 Schüler/Kurs: nein

Nachweis, daß die ca. 150 Stunden Supervision ja   
pro Schüler von den Lehrlogopäden zu leisten nein   
sind

(Anlage Übersicht über die Personal- und Ausbildungsplanung)

**Dozenten/Innen:**

Anzahl der nebenamtlichen Dozenten/innen: \_\_\_\_\_

Die Dozenten/innen verfügen über die Berufsqualifikation, die von ihnen gelehrt wird. Eine pädagogische Vorbildung ist vorhanden/nicht vorhanden.

Pro Dozent ist folgendes in der Anlage nachzuweisen: .....

Name des/der Dozenten/in:

Berufsqualifikation (Nachweis):

Weiterbildung (Nachweis):

Welche Fächer werden unterrichtet? 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Wieviele Stunden werden in dem einzelnen Fach unterrichtet? \_\_\_\_\_

---

Vorliegen eines Dozentenvertrages (berufliche Qualifikation, Weiterbildung, Art der Unterrichtsfächer sowie persönliche Daten) (Anlage)

ja

nein

**Praxisanleiter/Innen:**

Anzahl der Praxisanleiter: \_\_\_\_\_

Berufsqualifikation der Praxisanleiter (Anlage)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

System der praktischen Ausbildung incl. Praxisbericht

ja

nein

Zeit- und Einsatzpläne der praktischen Ausbildung pro Schüler/in

a) in Krankenhäusern/Kliniken

ja

nein

b) restlich begrenzter Einsatz (ca. 6 Wochen) in einer Logopädenpraxis

ja

nein

System der Erfassung von Fehlzeiten (Anlage)

ja

nein

Vollzeit/Teilzeit (Stundenanteil)

\_\_\_\_\_

**Schulsekretärin**

Vollzeit

Teilzeit (Stundenanteil pro Woche?)

# Organisation der theoretischen und praktischen Ausbildung

beantragte Ausbildungsplätze: \_\_\_\_\_

aufgenommene Schülerzahl: \_\_\_\_\_

Kursbeginn sowie Prüfungszeitpunkt: \_\_\_\_\_

Ausbildungsplan mit Verteilung der Fächer und Angabe der Stundenzahl während der gesamten Ausbildung:

(Anlage) .....

Themenkatalog bzw. Stoffpläne für jedes Fach:

(Anlage) .....

Übersichtspläne für die praktische Ausbildung in den Kliniken/Praxen für Logopädie

(Anlage) .....

Dauer der Einsätze: \_\_\_\_\_

Modus der Leistungsüberprüfung im theoretischen und praktischen Unterricht während der gesamten Ausbildung:

Was wird geprüft? \_\_\_\_\_

Wie wird geprüft? \_\_\_\_\_

Wann wird geprüft? \_\_\_\_\_

Kriterien und Bewertungs-

maßstäbe: \_\_\_\_\_

Wo werden die Ergeb-

nisse festgehalten? \_\_\_\_\_

Modalitäten der staatl.

Prüfung: \_\_\_\_\_

Modalitäten bei nicht ausreichenden Leistungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

System der Fehlzeiten-  
erfassung und -auswertung (Anlage): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Schüler-Studienbuch (Leerexemplar)  
(Anlage) .....

Raumpläne (Auslastung der Klassen- und Praxisräume im Schuljahr)  
(Anlage) .....

### **Räumliche und sächliche Ausstattung**

Anzahl der Klassenräume: \_\_\_\_\_

Raumauslastungspläne für die Klassenräume und die Praxisräume für das gesamte  
Schuljahr  
siehe Anlage .....

1. Klassenraum

Quadratmeter:

Möblierung:

Medienausstattung:

Verdunkelungsmöglichkeiten:

Waschbecken:

Tafel:

2. Klassenraum

Quadratmeter:

Möblierung:

Medienausstattung:

Verdunkelungsmöglichkeiten:

Waschbecken:

Tafel:

Ggf. weitere Räume.

Anzahl der Aufenthaltsräume: \_\_\_\_\_

Quadratmeter: \_\_\_\_\_

Möblierung: \_\_\_\_\_

Anzahl der Lehrerzimmer: \_\_\_\_\_

Quadratmeter: \_\_\_\_\_

Möblierung: \_\_\_\_\_

Telefon:

PC:

Bibliothek: .....

Quadratmeter: \_\_\_\_\_

Möblierung: \_\_\_\_\_

Dozentenraum: .....

Quadratmeter: \_\_\_\_\_

Möblierung: \_\_\_\_\_

Telefon:

PC

Sekretariat: .....

Quadratmeter: \_\_\_\_\_

Möblierung: \_\_\_\_\_

Fotokopierer

PC

Anzahl der Lehrerbüros: \_\_\_\_\_

Anzahl der Arbeitsplätze: \_\_\_\_\_

Quadratmeter pro Büro: \_\_\_\_\_

Möblierung: \_\_\_\_\_

Telefon:

PC

Pro Lehrkraft ist ein Büro wünschenswert, jedoch sollten nicht mehr als zwei Lehrer sich ein Büro teilen müssen.

Anzahl der Gruppenarbeitsräume: \_\_\_\_\_

- Gymnastikraum .....
- Umkleideräume (geschlechtsgetrennt) .....
- WC-Anlagen (geschlechtsgetrennt) .....
- Personaltoiletten (geschlechtsgetrennt).....
- Duschen (geschlechtsgetrennt) .....
  
- Medienraum .....
- 1 Raum für Stimmbildung  
und Spracherziehung .....
- 1 Raum für Audiometrie .....
- 1 Wartezimmer für Patienten .....
- Archiv und Lagerraum .....
- Lehrküche .....

Raumpläne im Maßstab 1 : 100 sind vorzulegen, aus denen die genaue Nutzung der Räume und deren Bezeichnungen hervorgehen (s. Anlage).

Sächliche Ausstattung:

- Overheadprojektor \_\_\_\_\_
- Tafel \_\_\_\_\_
- Waschbecken \_\_\_\_\_
- Verdunklungsmöglichkeiten \_\_\_\_\_
- Sonnenschutz \_\_\_\_\_
- Filmprojektor \_\_\_\_\_

Diaprojektor \_\_\_\_\_  
Videoanlage mit Kamera \_\_\_\_\_  
Testbatterien \_\_\_\_\_  
Computer \_\_\_\_\_  
Epidiascop \_\_\_\_\_  
Klavier \_\_\_\_\_  
Fotokopierer \_\_\_\_\_  
Spiele und Sportgeräte \_\_\_\_\_  
Technische Hilfsmittel für  
Diagnostik und Therapie \_\_\_\_\_

Unterrichtsmaterial:  
Wandtafeln und Dias \_\_\_\_\_

Spezielle Materialien: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

kleinere Geräte, wie Bälle,  
Keulen, Bänder etc. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Spiegelwand \_\_\_\_\_  
Gehbarren \_\_\_\_\_

Lagerfläche für Materialien wie Handtücher, Laken usw.

Ausreichende Lehrbücher sowie Nachschlagewerke, Zeitschriften und Periodika  
sind zu Beginn der Schulausbildung nachzuweisen (Nachweis)

**Die sachliche Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:**

**Für den Träger der Schule**

Dienststellung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Leitung der Schule**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift