

\_\_\_\_\_

Bezeichnung der Einrichtung

## Bescheinigung über die Ableistung der praktischen Tätigkeit

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Geburtsort

\_\_\_\_\_

ist in der Zeit vom

\_\_\_\_\_

bis

\_\_\_\_\_

im Rahmen der Ausbildung für Masseur und medizinische Bademeister nach § 7 Abs. 1 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes (MPHG) erfolgreich als Praktikant tätig gewesen.

Die praktische Tätigkeit ist - nicht - über die nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz zulässigen Fehlzeiten hinaus - um

\_\_\_\_\_

unterbrochen worden.

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Stempel

\_\_\_\_\_

Unterschrift(en) der Leitung

\_\_\_\_\_

(Unterschrift des Masseurs und medizinischen  
Bademeisters, Krankengymnasten oder  
Physiotherapeuten)

**Diese Bescheinigung kann durch die Einrichtung erst nach Ableistung der praktischen Tätigkeit ausgestellt werden und ist vom Leiter des Krankenhauses oder der medizinischen Einrichtung und von dem Masseur und medizinischen Bademeister, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten zu unterschreiben, unter dessen Aufsicht die praktische Tätigkeit abgeleistet wurde.**