**Bescheinigung über die Mindeststandards**

**zur Anbieterqualifikation des GKV Leitfadens Prävention**

Hiermit bestätigen wir, dass Herr/Frau

geboren am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

die folgenden Kompetenzfelder gemäß Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V

nach dem Curriculum zur Ausbildung von Physiotherapeuten von

(Name des Anbieters/Verbandes/der Universität)

oder

die folgenden Inhalte mit entsprechender Mindeststundenzahl

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Trainings- und Bewegungswissenschaften | 150 Stunden |
| 2. Medizin | 150 Stunden |
| 3.Pädagogik, Psychologie | 150 Stunden |
| 4. Pathologie, Pathophysiologie | 120 Stunden |
| 5. Theorie und Praxis der Sportarten und Bewegungsfelder (in Präsenz) | 150 Stunden |
| 6. Grundlagen der Gesundheitsförderung u d Prävention | 30 Stunden |
| 7. Frei wählbar aus den o. g. Inhalten | 120 Stunden |

innerhalb der Ausbildung/ des Studiums vermittelt wurden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Ausbildungseinrichtung Stempel/Unterschrift