

# Anhang 1 – Gleichwertige Qualifikation

Damit die Qualitätssicherungs-Kommission (QSK) eine gleichwertige Qualifikation gemäss der Prüfungsordnung über die Berufsprüfung für Fachfrau / Fachmann für Rehathechnik Punkt 3.31 a) evaluieren kann, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:

Name und Vorname der betroffenen Person: \_\_\_\_\_

Ausbildung / andere Diplome\*: \_\_\_\_\_

Berufserfahrung in einem Rehabetrieb: \_\_\_\_\_ Jahre und \_\_\_\_\_ Monate

zu \_\_\_\_\_% (Stellenprozent)

<b>Im Alltag ausgeübte Arbeiten</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Reparatur / Instandhaltung von rehathechnischen Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abgabe / Verkauf und Instruktion von rehathechnischen Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Installation von rehathechnischen Hilfsmittel im Privatbereich / Institutionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung von rehathechnischen Hilfsmittel und Lösungsfindung mit der Kundschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einstellung der rehathechnischen Hilfsmittel gemäss den Bedürfnissen der Kundschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemassen einer versicherten Person für die Kostenvoranschlagserstellung gemäss Tarifvertrag Rollstuhlversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstellen von Kostenvoranschlägen gemäss Tarifvertrag Rollstuhlversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Kenntnisse des Tarifvertrags Rollstuhlversorgung (Aufbau, Struktur, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administrative Arbeiten (Termine vereinbaren, Beratung per Telefon oder E-Mail, Bestellungen tätigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durch meine Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Angaben.

Ort und Datum:

Firma:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift der Verantwortlichen Person:

Unterschrift der betroffenen Person:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_