



INFORMATION ÜBER DIE AUSBILDUNG

PFLEGEFACHASSISTENZ

Ausbildungsdauer 2 Jahre

Ausbildungsstart (TT/MM/JJJJ): _____
(Vom/von Bewerber/in **HIER EINZUTRAGEN: Datum des Ausbildungsstarts**)

Das Ansuchen um Aufnahme ist ausnahmslos nur an einer (1) Schule für Gesundheits- und Krankenpflege des Landes Steiermark einzubringen. An dieser Schule wird das Aufnahmeverfahren durchgeführt. Über die Aufnahme entscheidet die Aufnahmekommission. **Mehrfachbewerbungen** (abgegebene Aufnahmeansuchen an mehreren Schulen) können nicht berücksichtigt werden.

Bewerbungsunterlagen

- | | |
|---|--|
| 1. Aufnahmeansuchen | (beiliegendes Formblatt) |
| 2. Lebenslauf | (beiliegendes Formblatt) |
| 3. Gesundheitsblatt | (beiliegendes Formblatt) |
| 4. Geburtsurkunde | (in beglaubigter Kopie) |
| 5. Heiratsurkunde | (in beglaubigter Kopie) |
| 6. Staatsbürgerschaftsnachweis | (in beglaubigter Kopie) |
| 7. 2 Passbilder | (auf der Rückseite mit Vor- und Zunamen beschriftet) |
| 8. Abschlusszeugnisse der 8., 9 und 10. Schulstufe | (in beglaubigter Kopie) |
| 9. Sonstige Zeugnisse: z.B. Matura, Lehrabschluss, etc. | (in beglaubigter Kopie) |
| 10. Einwilligung Datenschutzgrundverordnung | (beiliegendes Formblatt) |
| 11. Einverständniserklärung der für die praktische Ausbildung erforderlichen Untersuchungen/Impfungen | (beiliegendes Formblatt) |

Originaldokumente können nicht angenommen werden! Von der Beglaubigung der Kopien kann abgesehen werden, wenn die Originale mit einer Kopie persönlich vorgelegt werden.

Aufnahmevoraussetzungen und nachzureichende Unterlagen

1. Zur Erfüllung der Berufspflichten erforderliche **Kenntnisse der deutschen Sprache**
2. Positive Absolvierung der **10. Schulstufe** oder ein ausreichendes Maß an Allgemeinwissen nach Vollendung des 18. Lebensjahres. Weiters ist für die Aufnahme in die Schule die Vollendung des 17. Lebensjahres erforderlich.
3. Erfolgreiches **Aufnahmeverfahren**
Alle Bewerber/innen werden zu einem **Aufnahmeverfahren** eingeladen. Der Termin wird den Bewerbern/innen schriftlich bekannt gegeben. Kann der Termin nicht eingehalten werden, wird um telefonische Rücksprache (03126 / 50078) mit der Direktion ersucht.
Information: Englischkenntnisse (Niveau Neue Mittelschule) sind erforderlich!

Nach einem positiv absolvierten Aufnahmeverfahren erhalten Sie ein Schreiben von der Schule, in welchem Sie aufgefordert werden, die zur Nachreichung vorgesehenen Unterlagen (u.a. Untersuchungsblatt, Immunitätsnachweis, Strafregisterbescheinigung) innerhalb der vorgegebenen Frist der Schule vorzulegen.

4. **Untersuchungsblatt** (ärztliches Zeugnis) zur Feststellung der gesundheitlichen Eignung (wird von der Schule zugeschickt) – nicht älter als 4 Wochen bei Einreichung

5. **Immunitätsnachweis** (Formblatt wird von der Schule zugeschickt) für Hepatitis B, Masern, Mumps, Röteln (MMR) und Varicellen

Entweder

- Titernachweis **mit** Befundinterpretation, dass Immunität vorliegt
oder
- Nachweis über die jeweils erfolgten Impfungen.

Die Kosten dafür sind selbst zu tragen.

Hinweis:

- Sofern noch keine Immunisierung MMR vorhanden ist, kann die Impfung kostenfrei bei allen öffentlichen Impfstellen des Landes Steiermark bzw. bei niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen, die am Stmk. Impfnetzwerk beteiligt sind, durchgeführt werden.
- Die Hepatitis B Impfung (dreimalige Impfung) wird durch die Schule nach Start der Ausbildung organisiert; die Kostenübernahme erfolgt durch die AUVA.

6. Vertrauenswürdigkeit – **Strafregisterbescheinigung** – nicht älter als 3 Monate bei Einreichung

Wohnmöglichkeit

Das Land Steiermark stellt keine Wohnmöglichkeit zur Verfügung.

Ausbildung

Die Ausbildung erfolgt in der geltenden Fassung der Pflegeassistentenberufe-Ausbildungsverordnung (PA-PFA-AV).

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Die theoretische und praktische Ausbildung erfolgt in Blöcken.

Die Praktikumsstellen werden von der Schule zugeteilt und verteilen sich über die gesamte Steiermark. Die Ausbildungskosten werden derzeit vom Land Steiermark getragen (ausgenommen Fahrtkosten ins Praktikum, Lehrbücher/Unterlagen sowie die für die praktische Ausbildung erforderlichen Untersuchungen/Impfungen).

Die Auszubildenden sind während der gesamten Ausbildung kranken-, unfall- und pensionsversichert. Auf Ansuchen wird Auszubildenden zu Gesundheits- und Krankenpflegeberufen bis auf weiteres für die Dauer der Ausbildung ein monatlicher Pflegeausbildungsbeitrag gewährt. Gemäß § 3 Abs. 1 PAusbZG sind AMS-geförderte Personen davon ausgenommen. Es wird darauf hingewiesen, dass für den Pflegeausbildungsbeitrag online ein Ansuchen gestellt werden muss.

Weitere Informationen sowie das Online-Ansuchen finden Sie auf unserer Homepage unter:
www.gesundheitsausbildungen.at

Theoretische Ausbildung im ersten Ausbildungsjahr (910 Std.):

| | Themenfelder | Stunden | Art der Prüfung |
|-----|--|----------------|------------------------|
| 1. | Grundsätze der professionellen Pflege I | 70 | Leistungsbeurteilung |
| 2. | Pflegeprozess I (einschließlich EDV) | 60 | Leistungsbeurteilung |
| 3. | Beziehungsgestaltung und Kommunikation | 100 | Leistungsbeurteilung |
| 4. | Grundzüge und Prinzipien der Akut- und Langzeitpflege einschließlich Pflorgetechnik, Teil 1 | 150 | Leistungsbeurteilung |
| 5. | Grundzüge medizinischer Diagnostik und Therapie in der Akut- und Langzeitversorgung einschließlich medizinische Pflorgetechnik, Teil 1 | 100 | Leistungsbeurteilung |
| 6. | Grundzüge und Prinzipien der Akut- und Langzeitpflege einschließlich Pflorgetechnik, Teil 2 | 200 | komm. Abschlussprüfung |
| 7. | Grundzüge medizinischer Diagnostik und Therapie in der Akut- und Langzeitversorgung einschließlich medizinische Pflorgetechnik, Teil 2 | 150 | komm. Abschlussprüfung |
| 8. | Kooperation, Koordination und Organisation I | 30 | Leistungsbeurteilung |
| 9. | Entwicklung und Sicherung von Qualität I | 20 | Leistungsbeurteilung |
| 10. | Lernbereich Training und Transfer I | 30 | Leistungsbeurteilung |
| | Gesamt | 910 | |

Praktische Ausbildung (690 Std.) im ersten Ausbildungsjahr in den Fachbereichen Akut- und Langzeitpflege mit Theorie-Praxistransfer einschließlich Praxisreflexion

Die Praktikumsstellen werden von der Schule zugeteilt.

Theoretische Ausbildung im zweiten Ausbildungsjahr (1070 Std.):

| | Themenfelder | Stunden | Art der Prüfung |
|-----|---|----------------|------------------------|
| 1. | Grundsätze der professionellen Pflege II | 80 | Leistungsbeurteilung |
| 2. | Pflegeprozess II | 100 | Leistungsbeurteilung |
| 3. | Zielgruppen- und settingorientierte Beziehungsgestaltung und Kommunikation | 160 | Leistungsbeurteilung |
| 4. | Zielgruppen- und settingorientierte Pflege einschließlich Pflorgetechnik, Teil 1 | 120 | Leistungsbeurteilung |
| 5. | Zielgruppen- und settingorientierte medizinische Diagnostik und Therapie einschließlich medizinische Pflorgetechnik, Teil 1 | 90 | Leistungsbeurteilung |
| 6. | Zielgruppen- und settingorientierte Pflege einschließlich Pflorgetechnik, Teil 2 | 120 | komm. Abschlussprüfung |
| 7. | Zielgruppen- und settingorientierte medizinische Diagnostik und Therapie einschließlich medizinische Pflorgetechnik, Teil 2 | 100 | komm. Abschlussprüfung |
| 8. | Kooperation, Koordination und Organisation II | 40 | Leistungsbeurteilung |
| 9. | Entwicklung und Sicherung von Qualität II | 40 | Leistungsbeurteilung |
| 10. | Lernbereich Training und Transfer II | 120 | Leistungsbeurteilung |
| 11. | Modul Schriftliche Arbeit im Fachbereich | 100 | Leistungsbeurteilung |
| | Gesamt | 1070 | |

Praktische Ausbildung im zweiten Ausbildungsjahr (530 Std.):

| Praktikum | Fachbereich | Stunden |
|--|---|----------------|
| Akutpflege | operative und konservative medizinische Fachbereiche | 160 |
| zielgruppenspezifisches Praktikum | mobile, ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungsformen | 160 |
| Wahlpraktikum | mobile, ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungsformen | 160 |
| Theorie- Praxistransfer einschließlich Praxisreflexion | Lernbereich Training und Transfer (z.B. Fertigkeitentraining, Simulationsverfahren) | 50 |
| Gesamt | | 530 |

Die Praktikumsstellen werden von der Schule zugeteilt.

ANSUCHEN UM AUFNAHME

Ich bewerbe mich um Aufnahme in die Ausbildung

PFLEGEFACHASSISTENZ

Ausbildungsdauer 2 Jahre

Ausbildungsstart (TT/MM/JJJJ): _____
(Vom/von Bewerber/in HIER EINZUTRAGEN: Datum des Ausbildungsstarts)

Persönliche Daten:

| | | |
|-------------------|----------------------|--|
| Zuname: | Vorname(n): | |
| Geburtsname: | Versicherungsnummer: | Geburtsdatum: |
| Geburtsort/Staat: | Staatsbürgerschaft: | Geschlecht: <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M |

Hauptwohnsitz:

| | |
|--------------------------|----------|
| Straße/Gasse/Hausnummer: | PLZ/Ort: |
| Telefon: | Email: |

Daten des/der Erziehungsberechtigten:

| | |
|------------|-------------|
| Zuname: | Vorname(n): |
| Anschrift: | PLZ/Ort: |
| Telefon: | E-Mail: |

Folgende Unterlagen liegen bei:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aufnahmeansuchen | (Formblatt) |
| <input type="checkbox"/> Lebenslauf | (Formblatt) |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsblatt | (Formblatt) |
| <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde | (in beglaubigter Kopie) |
| <input type="checkbox"/> Heiratsurkunde | (in beglaubigter Kopie) |
| <input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis | (in beglaubigter Kopie) |
| <input type="checkbox"/> 2 Passbilder | (auf der Rückseite mit Vor- und Zunamen beschriftet) |
| <input type="checkbox"/> Abschlusszeugnisse der 8., 9. und 10. Schulstufe | (in beglaubigter Kopie) |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Zeugnisse z.B. Matura, Lehrabschluss, etc. | (in beglaubigter Kopie) |
| <input type="checkbox"/> Einwilligung Datenschutzverordnung | (beiliegendes Formblatt) |
| <input type="checkbox"/> Einverständniserklärung der für die praktische Ausbildung erforderlichen Untersuchungen/Impfungen | (beiliegendes Formblatt) |

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten EDV-mäßig bearbeitet werden.

Datum / Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten bei Mj.

Datum/ Unterschrift des/der Bewerbers/in

LEBENS LAUF

(in chronologischer Reihenfolge bis zum Zeitpunkt der Bewerbung)

Zuname / Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum / Ort: _____

Familienstand: _____

Kinder: _____

SCHULBILDUNG:

BERUFSAUSBILDUNG / STUDIUM / BISHERIGE TÄTIGKEITEN:

BESONDERE KENNTNISSE UND FÄHIGKEITEN:

Datum: _____

Unterschrift: _____

Gesundheitsblatt

für die **Aufnahme** in die Ausbildung **Pflegefachassistenz**

an der **Schule für Gesundheits- und Krankenpflege des Landes Steiermark**

Josef-Ortis-Straße 5, 8130 Frohnleiten

| | |
|-------------------|----------------|
| Zuname: _____ | Vorname: _____ |
| Geb. Datum: _____ | Adresse: _____ |

Größe: _____ **Gewicht:** _____

| Frühere Erkrankungen und Operationen: | Jahresangabe: |
|--|----------------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

| Unfälle / Sportverletzungen: | |
|-------------------------------------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

| Krankenhausaufenthalte: | ja | nein |
|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| (zuletzt, weswegen?) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| _____ | | |
| _____ | | |

| Stehen Sie dzt. in ärztlicher Behandlung? | ja | nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| (wenn ja, weshalb?) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| _____ | | |
| _____ | | |

| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | ja | nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| (wenn ja, welche?) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| _____ | | |
| _____ | | |

Frühere oder bestehende Erkrankungen bzw. Beschwerden:

| | nähere Bezeichnung | Jahresangabe: |
|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle (Epilepsie) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Nerven/Psyche | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Herz | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck (Hypertonie, Hypotonie) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Lunge (zB Asthma) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Magen/Darmtrakt | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Gelenke | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sprachstörungen (zB Stottern) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Gehör (zB Schwerhörigkeit) | _____ | _____ |
| Hörgerät re. <input type="radio"/> | Hörgerät li. <input type="radio"/> | |
| <input type="checkbox"/> Augen | _____ | _____ |
| Brille oder Kontaktlinsen | _____ | _____ |
| | Stärke: Dioptrien re. _____ Dioptrien li. _____ | |
| <input type="radio"/> weitsichtig | <input type="radio"/> kurzsichtig | <input type="radio"/> astigmatisch |
| <input type="checkbox"/> Allergien, welche | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen: | _____ | _____ |
| | _____ | _____ |

Ich versichere, alle angeführten Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Bewerbers/in
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Einwilligung im Rahmen der Datenschutzgrundverordnung für Bewerberinnen und Bewerber

Ich, erteile meine Einwilligung, dass das Amt der Steiermärkischen Landesregierung – Abteilung 8, Gesundheit und Pflege – Referat Gesundheitsberufe – Schule für Gesundheits- und Krankenpflege des Landes Steiermark, die von mir beim Ausfüllen dieses Antrages bekanntgegeben personenbezogenen Daten (bzw. die personenbezogenen Daten meines noch minderjährigen Kindes)
– einschließlich aller Anhänge und Beilagen – zum Zweck des Aufnahmeverfahrens in dem gewählten Gesundheitsberuf erfassen, speichern und verarbeiten darf. Des Weiteren willige ich ein, dass die bekanntgegebenen personenbezogenen Daten im Rahmen der Aufnahme an die hierfür zuständige Aufnahmekommission weitergegeben werden dürfen. Zu den personenbezogenen Daten gehören auch Daten besonderer Kategorien wie z.B. Gesundheitsdaten.

Diese Einwilligung kann jederzeit durch ein Schreiben mittels Fax an +43 (3126) 50078-4, per Post an Schule für Gesundheits- und Krankenpflege des Landes Steiermark, Josef Ortisstraße 5, 8130 Frohnleiten, oder per E-Mail an sgkfl@stmk.gv.at widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der auf ihrer Grundlage bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ich nehme weiter zur Kenntnis, dass auf der Datenschutz-Informationseite des Landes Steiermark (<https://datenschutz.stmk.gv.at>) alle relevanten Informationen insbesondere zu folgenden, mich betreffenden Punkten veröffentlicht sind:

- zu den mir zustehenden Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerruf und Widerspruch sowie auf Datenübertragbarkeit;
- zum dem mir zustehenden Beschwerderecht bei der Österreichischen Datenschutzbehörde;
- zum Verantwortlichen der Verarbeitung und zum Datenschutzbeauftragten.



Ort, Datum

Unterschrift des Bewerbers/der Bewerberin

und

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten
(bei Minderjährigen)



Das Land
Steiermark

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

der für die praktische Ausbildung erforderlichen Untersuchungen/Impfungen

Die Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege und in den medizinischen Assistenzberufen finden in einem dualen Ausbildungssystem statt und beinhalten neben der Theorie auch Praktika in verschiedenen Fachbereichen. Da bei den mit der praktischen Ausbildung verbundenen Patientenkontakten sowohl Ihre eigene als auch die Gesundheit der Patientinnen/Patienten durch Infektionen gefährdet werden können, sind für die Absolvierung der Praktika Untersuchungen auf das Freisein bestimmter Krankheiten (z.B. Antikörper-Bestimmungen) ebenso wie Schutzimpfungen unabdingbar.

Derzeit wird **für die Praktika** von den Rechtsträgern der Praktikumsstellen folgender Impfschutz vorgeschrieben:

- | | |
|-----------------------|--|
| - Hepatitis B | Titer-Bestimmung bzw. dreimalige Impfung |
| - Masern/Mumps/Röteln | Titer-Bestimmung bzw. zweimalige Impfung |
| - Varizellen | Titer-Bestimmung bzw. zweimalige Impfung |

Ich,(Vor-/Zuname),

geb. am, wohnhaft in.....,

verpflichte mich unwiderruflich, alle für meine praktische Ausbildung vorgeschriebenen Untersuchungen und Impfungen vornehmen zu lassen und die Kosten dafür zu übernehmen.

(Datum)

(Unterschrift)

(Datum)

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten (bei Minderjährigen)