



INFORMATION ÜBER DEN LEHRGANG

ORDINATIONSASSISTENZ

berufsbegleitend

Ausbildungsdauer 10 Monate

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

Bewerbungen werden ganzjährig angenommen

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.

Bewerbungsunterlagen

- | | |
|--|--|
| 1. Aufnahmeansuchen | (beiliegendes Formblatt) |
| 2. Lebenslauf | (beiliegendes Formblatt) |
| 3. Gesundheitsblatt | (beiliegendes Formblatt) |
| 4. Einverständniserklärung der für die praktische Ausbildung erforderlichen Untersuchungen/Impfungen | (beiliegendes Formblatt) |
| 5. Geburtsurkunde | (in beglaubigter Kopie) |
| 6. Heiratsurkunde | (in beglaubigter Kopie) |
| 7. Staatsbürgerschaftsnachweis | (in beglaubigter Kopie) |
| 8. 1 Passbild | (auf der Rückseite mit Vor- und Zunamen beschriftet) |
| 9. Abschlusszeugnis der 8. und 9. Schulstufe | (in beglaubigter Kopie) |
| 10. Sonstige Zeugnisse
z. B. Matura, Lehrabschluss, etc. | (in beglaubigter Kopie) |
| 11. Einwilligung Datenschutzgrundverordnung | (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 **9. Schulstufe** oder der Pflichtschulabschluss-Prüfung
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 Bewerber/innen schriftlich bekannt gegeben. Kann der Termin nicht eingehalten werden, wird um telefonische Rücksprache (03532/2424-5330) mit der Direktion ersucht.

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 Masern, Mumps, Röteln (MMR) und Varicellen
 - Entweder
 - Titernachweis **mit** Befundinterpretation, dass Immunität vorliegt
 - oder
 - Nachweis über die jeweils erfolgten Impfungen.

 - Für Hepatitis B
 - Titernachweis mit Befundinterpretation, dass Immunität vorliegt

- 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.

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

7. Wenn gegeben, eine Bestätigung des Dienstgebers über ein aktuelles Dienstverhältnis bzw. eine Bestätigung des AMS (zum Nachweis der Vollversicherung)

Wohnmöglichkeit

Das Land Steiermark stellt keine Wohnmöglichkeit zur Verfügung.

Ausbildung

Die Ausbildung erfolgt in der geltenden Fassung der Verordnung des Bundesministers für Gesundheit über Ausbildung und Qualifikationsprofile der medizinischen Assistenzberufe (MAB-AV).

Die Ausbildung in der Ordinationsassistenz wird berufsbegleitend geführt. Der Lehrgang umfasst **650 Stunden** und dauert **10 Monate**.

Die Absolventen*innen sind bei positivem Abschluss der Ausbildung zur Führung der Berufsbezeichnung „**Ordinationsassistent**“/ „**Ordinationsassistentin**“ berechtigt.

Die **theoretische und praktische Ausbildung** findet **jeden Freitag von 14:30 bis 19:30 Uhr und jeden zweiten Samstag 08:30 bis 15:45 Uhr** statt.

Die Praktikumsstellen werden von der Schule zugeteilt und verteilen sich über die gesamte Steiermark.

Der **Kostenbeitrag** für die Ausbildung beträgt € 1.290. **Zusätzlich** fallen Kosten für die Dienstkleidung, Fahrtkosten ins Praktikum, Kosten für Lehrbücher/Unterlagen sowie die für die praktische Ausbildung erforderlichen Untersuchungen/Impfungen an.

Aufgrund des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) und des Beschlusses der Stmk. Landesregierung vom 06.08.2015 sind die Auszubildenden **während der Ausbildung kranken-, unfall- und pensionsversichert und erhalten bis auf Weiteres ein Taschengeld**.

Aufgrund des ASVG sind **AMS-geförderte Personen bzw. Personen in einem Dienstverhältnis** zu einem/einer niedergelassenen Arzt/Ärztin, einer ärztlichen Gruppenpraxis, einer Primärversorgungseinheit, einem selbständigen Ambulatorium oder einer Sanitätsbehörde (duale Ausbildung) davon **ausgenommen**.

Es wird darauf hingewiesen, dass das vom Land Steiermark ausbezahlte Taschengeld dem Finanzamt gemeldet wird (lohnsteuerpflichtig).

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

ANSUCHEN UM AUFNAHME

Ich bewerbe mich um Aufnahme in die Ausbildung
Ordinationsassistenten berufsbegleitend

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 <input type="checkbox"/> D

Hauptwohnsitz:

Straße/Gasse/Hausnummer:	PLZ/Ort:
Telefon:	E-Mail

Daten des/der Erziehungsberechtigten:

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

Folgende Unterlagen liegen bei:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aufnahmeansuchen | (beiliegendes Formblatt) |
| <input type="checkbox"/> Lebenslauf | (beiliegendes Formblatt) |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsblatt | (beiliegendes 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"/> 1 Passbild | (auf der Rückseite jeweils mit
Vor- und Zunamen beschriftet) |
| <input type="checkbox"/> Abschlusszeugnis der 8. und 9. Schulstufe | (in beglaubigter Kopie) |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Zeugnisse
z.B. Matura, Lehrabschluss etc. | (in beglaubigter Kopie) |
| <input type="checkbox"/> Einwilligung Datenschutzgrundverordnung | (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 den Lehrgang Ordinationsassistentenz

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

8852 Stolzalpe Nr. 36

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

Größe: _____ **Gewicht:** _____

Frühere Erkrankungen und Operationen:

Jahresangabe:

Unfälle / Sportverletzungen:

Krankenhausaufenthalte:

ja

nein

(zuletzt, weswegen?)

Stehen Sie dzt. in ärztlicher Behandlung?

ja

nein

(wenn ja, weshalb?)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja

nein

(wenn ja, welche?)

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/Psychie	_____	_____
<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 per Post an Schule für Gesundheits- und Krankenpflege des Landes Steiermark, 8852 Stolzalpe Nr. 36, oder per E-Mail an sgst@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

und

Unterschrift des Bewerbers/der Bewerberin

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten
(bei Minderjährigen)

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)