



## Informationen über die verkürzte Ausbildung zur **OPERATIONSTECHNISCHEN ASSISTENZ (OTA)**

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

**Bewerbungen werden ganzjährig angenommen**

**Termin der Einstiegsprüfung: 10. Dezember 2024**

Das Ansuchen um Aufnahme gem. §12 Abs.4 OTA-AV ist ausnahmslos am Bildungszentrum für Pflege und Gesundheit Ost, Schule für medizinische Assistenzberufe 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. Geburtsurkunde  | (in beglaubigter Kopie)                                 |
| 5. Heiratsurkunde  | (in beglaubigter Kopie)                                 |
| 6. Staatsbürgerschaftsnachweis   | (in beglaubigter Kopie)                                 |
| 7. 2 Passbilder  | (auf der Rückseite mit<br>Vor- und Zunamen beschriftet) |
| 8. Abschlusszeugnis der 9. und 10.Schulstufe   | (in beglaubigter Kopie)                                 |
| 9. Zeugnis OP-Assistenz gem. MBAG  | (in beglaubigter Kopie)                                 |
| 10. Sonstige Zeugnisse z.B. Matura, Lehrabschluss, etc.  | (in beglaubigter Kopie)                                 |
| 11. Einwilligung Datenschutzgrundverordnung  | (beiliegendes Formblatt)                                |
| 12. Einverständniserklärung der für die praktische<br>Ausbildung erforderlichen Untersuchungen/<br>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 **Einstiegsprüfung über fehlende Ausbildungsinhalte des 1. Ausbildungsjahres der OTA-Ausbildung.**
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 (0316/385/12600) 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 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

### Schülerfreifahrt

Schülerfreifahrten gibt es für Auszubildende, solange Anspruch auf Familienbeihilfe besteht. Ein Selbstbehalt ist zu entrichten.

Fahrtkosten ins Praktikum werden nicht vergütet. Für Fahrten zu Praktika außerhalb des Schulstandortes kann beim zuständigen Wohnsitzfinanzamt die pauschale Schulfahrtbeihilfe beantragt werden.

### Wohnmöglichkeit

Die Auszubildenden können im Landesinternat oder Wohnheim (bei Volljährigkeit) wohnen. Es stehen nur begrenzte Plätze zur Verfügung, die Vergabe wird von der Internatsleitung vorgenommen (Auenbruggerplatz 24, A-8036 Graz, Tel.: 0316/385/13526).

Laut Beschluss der Steiermärkischen Landesregierung vom 06.10.2016 beträgt der Kostenbeitrag für die Inanspruchnahme eines Internats-/Wohnheimplatzes ab 01.01.2017 monatlich € 154.- (10 x pro Jahr). Eine Änderung des Kostenbeitrages bleibt vorbehalten.

### Ausbildung

Die Ausbildung erfolgt in der geltenden Fassung der Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz über Ausbildung und Qualifikationsprofile der Operationstechnischen Assistenz (OTA-AV).

Ausbildungsdauer: 2 Jahre (3120 Stunden)

Ab dem 2. Ausbildungsjahr kann die OTA-Ausbildung gemäß § 26g MABG auch im Rahmen eines Dienstverhältnisses zu einer Krankenanstalt erfolgen, welches der Schule unmittelbar nach Abschluss des Dienstverhältnisses vorzulegen ist.

Der positive Abschluss der Ausbildung berechtigt zur Berufsausübung und Führung der Berufsbezeichnung „**Diplomierete Operationstechnische Assistentin**“/ **Diplomierter Operationstechnischer Assistent**“.

Die Ausbildungskosten werden derzeit vom Land Steiermark getragen (ausgenommen Fahrtkosten ins Praktikum, Lehrbücher/Unterlagen sowie die für die praktische Ausbildung erforderlichen Untersuchungen/Impfungen).

Aufgrund des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) sind die Auszubildenden während der Ausbildung kranken-, unfall- und pensionsversichert und erhalten bis auf Weiteres ein Taschengeld. Aufgrund des ASVG sind AMS-geförderte Personen sowie Personen ab dem 2. Ausbildungsjahr, welche ein Dienstverhältnis zu einer Krankenanstalt begründen, davon ausgenommen.

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

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter: [www.gesundheitsausbildungen.at](http://www.gesundheitsausbildungen.at)

## ANSUCHEN UM AUFNAHME

Ich bewerbe mich um **Aufnahme** in die **Ausbildung**

### Verkürzte Ausbildung zur Operationstechnischen Assistenz

Beginn hier bitte vom Auszubildenden einzutragen:

#### 1. Persönliche Daten:

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

#### 2. Hauptwohnsitz:

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

#### Daten des/der Erziehungsberechtigten:

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

Ich benötige eine Wohnmöglichkeit:

Landesinternat/Wohnheim

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"/> 2 Passbilder  | (auf der Rückseite jeweils mit Vor- und Zunamen beschriftet) |
| <input type="checkbox"/> Abschlusszeugnis der 9. und 10. Schulstufe  | (in beglaubigter Kopie)                                      |
| <input type="checkbox"/> Zeugnis OP-Assistenz  | (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/r Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Datum/ Unterschrift des/r Bewerbers/-in

# LEBENS LAUF

(in chronologischer Reihenfolge bis zum Zeitpunkt der Bewerbung)

---

Zuname / Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum / Ort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte/r des Bewerbers:  
\_\_\_\_\_

## **SCHULBILDUNG:**

---

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

## **BERUFSAUSBILDUNG / STUDIUM / BISHERIGE TÄTIGKEITEN:**

---

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

## **BESONDERE KENNTNISSE UND FÄHIGKEITEN:**

---

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

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Gesundheitsblatt

für die Aufnahme in die verkürzte Ausbildung zur Operationstechnischen Assistenz  
am **Bildungszentrum für Pflege und Gesundheit Ost des Landes Steiermark**  
**Schule für medizinische Assistenzberufe des Landes Steiermark**  
Auenbruggerplatz 24, 8036 Graz

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

**Größe:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

<b>Frühere Erkrankungen und Operationen:</b>	<b>Jahresangabe:</b>
_____	_____
_____	_____

<b>Unfälle / Sportverletzungen:</b>	
_____	_____
_____	_____

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

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

<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</b>	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 – Bildungszentrum für Pflege und Gesundheit Ost, 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 (316) 385-13594, per Post an Bildungszentrum für Pflege und Gesundheit Ost, Auenbruggerplatz 24, 8036 Graz oder per E-Mail an [sgbzo@stmk.gv.at](mailto:sgbzo@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)



## 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)