



Informationen über die Ausbildung

HEIMHILFE

mit Vorbereitungskurs/Training zum Spracherwerb für Menschen mit Deutsch als Zweitsprache

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

Bewerbungen werden ganzjährig angenommen

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. Abschlusszeugnis der 8. und 9. Schulstufe | (in beglaubigter Kopie) |
| 9. Zeugnis(se) über eine berufliche Erstausbildung
z. B. Lehrabschluss, Handelsschule, HAK,
HTL, Gesundheits- oder Sozialberufe, 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 **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 Bewerbern/innen schriftlich bekannt gegeben. Kann der Termin nicht eingehalten werden, wird um telefonische Rücksprache (0316/385/13604) 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, Versicherungsnachweise) innerhalb der vorgegebenen Frist der Schule vorzulegen.

4. **Untersuchungsblatt** (ärztliches Zeugnis) zur Feststellung der gesundheitlichen Eignung (Formblatt 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.
6. Vertrauenswürdigkeit – **Strafregisterbescheinigung** – nicht älter als 3 Monate bei Einreichung
7. Versicherungsnachweise über Bestehen einer Kranken-, Unfall- und Berufshaftpflichtversicherung.

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

Vorbereitungskurs/Training zum Spracherwerb – 200 UE

- Deutsche Sprache außerhalb der täglichen Konversation (z.B. Einführung in die Pflegefachsprache, Einführung in die Grundpflege, Kommunikation in der Betreuung)
- Kultursensible Interaktion: historische Grundlagen und Entwicklung der österreichischen Gesellschaft und der Pflege, Werte, Brauchtümer, Demographie

Die **Ausbildung zur Heimhilfe – 400 UE** erfolgt in der geltenden Fassung des Steiermärkischen Sozialbetreuungsberufegesetzes (StSBBG), der Verordnung über die Ausbildung zu den den Sozialbetreuungsberufen (AusbildungsVO-StSBBG, Anlage 1) und der Gesundheits- und Krankenpflege-Basisversorgungs-Ausbildungsverordnung (GuK-BAV).

Die Praktikumsstellen werden von der Schule zugeteilt.

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

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter: www.gesundheitsausbildungen.at

ANSUCHEN UM AUFNAHME

Lichtbild

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

am Bildungszentrum für Pflege und Gesundheit Ost des Landes Steiermark,
Auenbruggerplatz 24, 8036 Graz

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:	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"/> 2 Passbilder | (auf der Rückseite mit Vor- und Zunamen beschriftet) |
| <input type="checkbox"/> Abschlusszeugnis der 8. und 9. Schulstufe | (in beglaubigter Kopie) |
| <input type="checkbox"/> Zeugnis(se) über eine berufliche Erstausbildung z. B. Lehrabschluss, Handelsschule, HAK, HTL, Gesundheits- oder Sozialberufe, 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 die Ausbildung **Heimhilfe** mit Vorbereitungskurs/Training zum
Spracherwerb für Menschen mit Deutsch als Zweitsprache

am **Bildungszentrum für Pflege und Gesundheit Ost des Landes Steiermark/**

Ausbildungseinrichtung für Sozialbetreuungsberufe des Landes Steiermark

Auenbruggerplatz 24, 8036 Graz

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 – 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 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)