



**Informationen über die Ausbildung  
PFLEGEFACHASSISTENZ  
für die Pflegeassistenten  
Aufnahme 2021**

**Ausbildungsdauer: 1 Jahr  
15. Sept. 2021 – 14. Sept. 2022**

**Bewerbungen werden ganzjährig angenommen  
Bewerbungsannahmeschluss: 15. Juli 2021**

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. Abschlusszeugnis der 8. und 9. Schulstufe   | (in beglaubigter Kopie)                              |
| 9. Zeugnis der Pflegeassistenten<br>(vormals Pflegehilfe)  | (in beglaubigter Kopie)                              |
| 10. Sonstige Zeugnisse<br>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 **9. Schulstufe** und der **Pflegeassistentenausbildung**
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 (03532 / 2424 5330) 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. Sobald die Unterlagen fristgerecht eingelangt sind, ist die Aufnahme definitiv.

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: 1 Jahr

Die theoretische und praktische Ausbildung erfolgt in Blöcken. Die Praktikumsstellen werden von der Schule zugeteilt und verteilen sich über die gesamte Steiermark.

Laut Beschluss der Steiermärkischen Landesregierung vom 15.03.2018 werden die Ausbildungskosten 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) sowie des Beschlusses der Stmk. Landesregierung vom 15.09.2016 sind Auszubildende während der Ausbildung kranken-, unfall- und pensionsversichert und erhalten bis auf weiteres ein Taschengeld. Aufgrund des ASVG sind AMS-geförderte Personen 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)**

**Theoretische Ausbildung (1070 Std.):**

|     | <b>Themenfelder</b>   | <b>Stunden</b> | <b>Art der Prüfung</b> |
|-----|---|----------------|------------------------|
| 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   |
|     | <b>Gesamt</b>   | <b>1070</b>    |                        |

**Praktische Ausbildung (530 Std.):**

| <b>Praktikum</b>                                       | <b>Fachbereich</b>  | <b>Stunden</b> |
|--|---|----------------|
| 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             |
| <b>Gesamt</b>  |   | <b>530</b>     |

Die Praktikumsstellen werden von der Schule zugeteilt.

## ANSUCHEN UM AUFNAHME

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

**Pflegefachassistenz** für die Pflegassistenz, **Sept. 2021/2022**

**Beginn: 15. Sept. 2021**

### Persönliche Daten:

|                   |                      |  |
|-------------------|----------------------|--|
| Zuname:           | Vorname(n):          |  |
| Geburtsname:      | Versicherungsnummer: | Geburtsdatum:  |
| Geburtsort/Staat: | Staatsbürgerschaft:  | Geschlecht:<br><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 der Pflegeassistenz  | (in beglaubigter Kopie)                              |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Zeugnisse<br>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 Minderjährigen

\_\_\_\_\_  
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** für die Pflegeassistenz

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

8852 Stolzalpe Nr. 36

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| 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/Psychie                       | _____   | _____                              |
| <input type="checkbox"/> Herz                                 | _____   | _____                              |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck<br>(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<br>(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, Pflege und Wissenschaft –  
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 (3532) 2424-5030, per Post an  
Schule für Gesundheits- und Krankenpflege des Landes Steiermark, 8852 Stolzalpe Nr. 36 oder per E-Mail an  
[sagkst@stmk.gv.at](mailto:sagkst@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
- **Nur bei Einsatz (Praktikum) im Hochrisikobereich** zum Nachweis der Freiheit von TBC Untersuchungen entsprechend der jeweils gültigen Fachrichtlinie Hygienemanagement bei Tuberkulose:
  - Vor Beginn des Praktikums: Thoraxröntgen sowie Prüfung der Tuberkulin-Immunologie entsprechend dem Stand der Wissenschaft
  - Nach Beendigung des Praktikums: Abschlussuntersuchung mittels Thoraxröntgen

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 der/des Erziehungsberechtigten (bei Minderjährigen)