



## Informationen über die Ausbildung

# HEIMHILFE berufsbegleitend

**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<br>z. B. Lehrabschluss, Handelsschule, HAK,<br>HTL, Gesundheits- oder Sozialberufe, etc. | (in beglaubigter Kopie)                              |
| 10. Einwilligung Datenschutzgrundverordnung   | (beiliegendes Formblatt)                             |
| 11. Einverständniserklärung für Impfschutz  | (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** 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 (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, Versicherungsnachweise) 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 (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.

#### **CORONA-Schutzimpfung:**

Wir weisen darauf hin, dass bei einer Impfpflicht die Aufnahme in die Ausbildung ohne CORONA-Schutzimpfung – Impfzertifikat/Genesungszertifikat (+Impfbereitschaft) – nicht möglich ist.

6. Vertrauenswürdigkeit – **Strafregisterbescheinigung** – nicht älter als 3 Monate bei Einreichung
7. Versicherungsnachweise über Bestehen einer Kranken-, Unfall- und Berufshaftpflichtversicherung.

### **Wohnmöglichkeit**

Das Land Steiermark stellt keine Wohnmöglichkeit zur Verfügung.

### **Ausbildung**

Die Ausbildung erfolgt in der geltenden Fassung des Steiermärkischen Sozialbetreuungsberufegesetzes (StS-BBG), der Verordnung über die Ausbildung zu den den Sozialbetreuungsberufen (AusbildungsVO-StSBBG) und der Gesundheits- und Krankenpflege-Basisversorgungs-Ausbildungsverordnung (GuK-BAV).

Ausbildungsdauer: ca. 5 Monate  
Die Ausbildung ist berufsbegleitend.

Der theoretische Unterricht findet ganztags Dienstag bis Donnerstag statt.

Das Praktikum im (teil)stationären Bereich im Ausmaß von 80 Stunden findet geblockt innerhalb von 3 Wochen statt; das Praktikum im ambulanten Bereich im Ausmaß von 120 Stunden findet geblockt innerhalb von 4 Wochen statt.

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 und Versicherungen).

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

**Theoretische Ausbildung (200 Std.):****Lehrplan** (gem. Anlage 1 AusbildungsVO-StSBBG)

| <b>Theoretische Ausbildung</b>                           |                  |
|--|------------------|
| <b>Unterrichtsgegenstände</b>                            | <b>Anzahl UE</b> |
| Dokumentation  | 4                |
| Ethik und Berufskunde                                    | 8                |
| Erste Hilfe  | 20               |
| Grundzüge der angewandten Hygiene                        | 6                |
| Grundzüge der angewandten Ernährungslehre und Diätikunde | 8                |
| Haushaltsführung   | 12               |
| Grundzüge der Gerontologie                               | 10               |
| Grundzüge der Kommunikation und Konfliktbewältigung      | 26               |
| Grundzüge der Sozialen Sicherheit                        | 6                |
| Grundpflege und Beobachtung (UBV)                        | 60               |
| Grundzüge der Pharmakologie (UBV)                        | 20               |
| Grundzüge der Ergonomie und Mobilisation (UBV)           | 20               |
| <b>Theorie gesamt</b>                                    | <b>200</b>       |

**Praktische Ausbildung (200 Std.):**

| <b>Praktische Ausbildung</b> |            |
|------------------------------|------------|
| Ambulanter Bereich           | 120        |
| (Teil-)stationärer Bereich   | 80*        |
| Praxis gesamt                | 200        |
| <b>Ausbildung gesamt</b>     | <b>400</b> |

\*Inkludiert 40 Stunden aus dem Ausbildungsmodul „Unterstützung bei der Basisversorgung“.

Die Praktikumsstellen werden von der Schule zugeteilt.

## ANSUCHEN UM AUFNAHME

Ich bewerbe mich um Aufnahme in die Ausbildung

### HEIMHILFE

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:<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<br>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<br>z. B. Lehrabschluss, Handelsschule, HAK,<br>HTL, Gesundheits- oder Sozialberufe, etc. | (in beglaubigter Kopie)                                 |
| <input type="checkbox"/> Einwilligungserklärung für Impfschutz  |   |
| <input type="checkbox"/> Einwilligung Datenschutzgrundverordnung  | (beiliegendes Formblatt)                                |
| <input type="checkbox"/> Einverständniserklärung der für die praktische<br>Ausbildung erforderlichen Untersuchungen/<br>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, berufsbegleitend**

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

**Ausbildungseinrichtung für Sozialbetreuungsberufe 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/Psyché   | _____                              | _____         |
| <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 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 (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, den medizinischen Assistenzberufen und den Sozialbetreuungsberufen 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

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

- CORONA-Schutzimpfung Impfzertifikat/Genesungszertifikat (+Impfbereitschaft)

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)