



Informationen über die Ausbildung in der medizinischen Fachassistenz (Laborassistenz/Röntgenassistenz/Ordinationsassistenz)

Aufnahme 2021

Ausbildungsdauer: 01. Oktober 2021 – 31. März 2024

**Bewerbungen werden laufend (ganzjährig) angenommen
Bewerbungsannahmeschluss: 8. Juli 2021**

Das Ansuchen um Aufnahme ist ausnahmslos nur an einer 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. 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. 2 Passbilder | (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

1. Gesundheitliche Eignung – **ärztliches Zeugnis**
(Vorlage erst nach Verständigung über die bedingte Aufnahme erforderlich!)
2. Vertrauenswürdigkeit – **Strafregisterbescheinigung**
(Vorlage erst nach Verständigung über die bedingte Aufnahme erforderlich!)
3. Positive Absolvierung der **9. Schulstufe** oder der Pflichtschulabschluss-Prüfung
Weiters ist für die Aufnahme in die Schule die Vollendung des 17. Lebensjahres erforderlich.
4. **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 (0316/2191/2652) mit der Direktion ersucht.

Nachzureichende Unterlagen (Termin wird schriftlich bekanntgegeben)

1. Strafregisterbescheinigung (nicht älter als drei Monate bei Einreichung)
2. Ärztliches Zeugnis (Formblatt liegt der Zusage bei, nicht älter als vier Wochen bei Einreichung)
3. Immunitätsnachweis (Formblatt; es muss eine Immunität gegen Masern, Mumps, Röteln und Varicellen, entweder durch eine nachgewiesene **zweimalige** Impfung oder einen positiven Antikörpertiter vorliegen. Die Titerbestimmungen/Varicellenimpfungen sind kostenpflichtig - die Kosten sind selbst zu tragen. Sofern noch keine Immunisierung Masern-Mumps-Röteln vorhanden ist, kann die Impfung kostenfrei bei allen öffentlichen Impfstellen des Landes Steiermark bzw. bei niedergelassenen Ärzten/innen, die am Stmk. Impfnetzwerk beteiligt sind, durchgeführt werden.

Die **Aufnahme** (Entscheidung der Aufnahmekommission) ist **definitiv**, wenn

- die geforderten **Unterlagen fristgerecht eingelangt** sind und
- die zur Erfüllung der Berufspflichten in der medizinischen Fachassistenz erforderliche **gesundheitliche Eignung nachgewiesen** wurde,
- die zur Erfüllung der Berufspflichten in der medizinischen Fachassistenz erforderliche **Vertrauenswürdigkeit nachgewiesen** wurde,
- die **Einverständniserklärung** zu den für die praktische Ausbildung erforderlichen Untersuchungen/Impfungen **unterfertigt vorliegt**.
- Bestätigung des Dienstgebers über ein aktuelles Dienstverhältnis bzw. Bestätigung des AMS (zum Nachweis der Vollversicherung)

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

Das Land Steiermark stellt keine Wohnmöglichkeit zur Verfügung.

Schul- und Heimbeihilfe

Je nach Familieneinkommen kann an der Schule um Schul- und Heimbeihilfe angesucht werden.

Ausbildung:

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

Ausbildungsdauer: mindestens 2,5 Jahre

Die theoretische und praktische Ausbildung erfolgt in Blöcken. Jedes MAB-Aufbaumodul schließt mit einer kommissionellen Abschlussprüfung ab.

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

Die Ausbildung an dieser Schule beinhaltet das Basismodul, drei Aufbaumodule (Laborassistenz, Röntgenassistenz, Ordinationsassistenz), das Modul für die Fachbereichsarbeit und schließt mit der Diplomprüfung ab. Nach erfolgreich absolvierter Diplomprüfung ist man zur Führung der Berufsbezeichnung „Diplomierte medizinische Fachassistentin“/„Diplomierter medizinischer Fachassistent“ berechtigt.

Zum Modul Fachbereichsarbeit sind Personen zuzulassen, die erfolgreich absolvierte Ausbildungen

- gem. § 3 Abs. 5 Z 1 und 2 MAB-AV (MAB-Basismodul und mind. drei MAB-Aufbaumodule) oder
- gem. § 3 Abs. 6 Z 1 und 2 MAB-AV (Ausbildung in der Pflegehilfe oder zur/zum medizinischen Masseur/in und mind. ein (1) MAB-Aufbaumodul)

im Gesamtausmaß von mindestens 2300 Stunden nachweisen können.

Wurde die Fachbereichsarbeit positiv beurteilt, ist der/die Auszubildende zur Diplomprüfung zuzulassen. 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) 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 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

ANSUCHEN UM AUFNAHME

Ich bewerbe mich um Aufnahme für die Ausbildung zur

medizinischen Fachassistenz

(Laborassistenz/Röntgenassistenz/Ordinationsassistenz)

Beginn: 01. Oktober 2021

1. Persönliche Daten:

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

2. Hauptwohnsitz:

Straße/Gasse/Hausnummer:		PLZ/Ort:	
Telefon:		Email Adresse:	

3. Daten der Erziehungsberechtigten:

Vor- und Zuname des/der Erziehungsberechtigten:	
Anschrift des/der Erziehungsberechtigten:	
Telefon des/der Erziehungsberechtigten:	

Folgende Unterlagen liegen bei:

- Aufnahmeansuchen (Formblatt)
- Lebenslauf (Formblatt)
- Gesundheitsblatt (Formblatt)
- Einverständniserklärung der für die praktische Ausbildung erforderlichen Untersuchungen/Impfungen (Formblatt)
- Geburtsurkunde (in beglaubigter Kopie)
- Heiratsurkunde (in beglaubigter Kopie)
- Staatsbürgerschaftsnachweis (in beglaubigter Kopie)
- 2 Passbilder (auf der Rückseite jeweils mit Vor- und Zunamen beschriftet)
- Abschlusszeugnis der 8. und 9. Schulstufe (in beglaubigter Kopie)
- Sonstige Zeugnisse (in beglaubigter Kopie)
z.B. Matura, Lehrabschluss etc.
- Einwilligung Datenschutzverordnung (beiliegendes Formblatt)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten EDV-mäßig bearbeitet werden.

Datum / Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Datum/ Unterschrift des Bewerbers

LEBENS LAUF

(in chronologischer Reihenfolge bis zum Zeitpunkt der Bewerbung)

Familienname / 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 **Bildungszentrum für Pflege und Gesundheit Süd des Landes Steiermark,**
Schule für medizinische Assistenzberufe,

Wagner-Jauregg-Platz 23, 8053 Graz

zur Ausbildung als **Diplomierte/r medizinische/r Fachassistent/in**

Name: _____	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 (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"/>	<input type="radio"/> kurzsichtig <input type="radio"/>	<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 – Bildungszentrum für Pflege und Gesundheit Süd, Schule für medizinische Assistenzberufe 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 (316) 2191 3653, per Post an Bildungszentrum für Pflege und Gesundheit Süd, Schule für medizinische Assistenzberufe des Landes Steiermark, Wagner-Jauregg-Platz 23, 8053 Graz oder per E-Mail an bzpg-sued@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-Informationssseite 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

Unterschrift des Erziehungsberechtigten
(bei Minderjährigen)

