



Informationen über die Ausbildung

MEDIZINISCHE FACHASSISTENZ (Laborassistentz/Röntgenassistentz/Ordinationsassistentz)

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

Bewerbungen werden ganzjährig angenommen

Das Ansuchen um Aufnahme ist ausnahmslos nur an einer (1) 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) |
| 12. 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 (0316/2191/2652) 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. Sobald die Unterlagen fristgerecht einlangt 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

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 zugewiesen und verteilen sich über die gesamte Steiermark.

Die Ausbildung an dieser Schule beinhaltet das Basismodul, drei Aufbaumodule (Laborassistent, Röntgenassistent, Ordinationsassistent), 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** in die **Ausbildung**

Medizinische Fachassistenz (Laborassistenz/Röntgenassistenz/Ordinationsassistenz)

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	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 8. und 9. Schulstufe | (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 **Ausbildung Medizinische Fachassistenz**
am **Bildungszentrum für Pflege und Gesundheit Süd des Landes Steiermark**
Schule für medizinische Assistenzberufe des Landes Steiermark

Wagner-Jauregg-Platz 23, 8053 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/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-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)

