



## Informationen über die Ausbildung Lehrgang

# OPERATIONSASSISTENZ

**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 der/die Direktor/in der Schule im Einvernehmen mit dem Rechtsträger.

### **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- und 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 (0316/385/12600) 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 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 (nur erforderlich, wenn kein aufrechtes Dienstverhältnis zu einer Krankenanstalt besteht)

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 (nur erforderlich, wenn kein aufrechtes Dienstverhältnis zu einer Krankenanstalt besteht)
7. Wenn gegeben, eine Bestätigung des Dienstgebers über ein aktuelles Dienstverhältnis bzw. eine Bestätigung des AMS (zum Nachweis der Vollversicherung)

### **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**

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

Die Ausbildung in der Operationsassistenten umfasst 1100 Stunden. Die AbsolventInnen sind bei positivem Abschluss der Ausbildung zur Führung der Berufsbezeichnung „**Operationsassistentin**“ bzw. **Operationsassistent**“ berechtigt.

Die theoretische und praktische Ausbildung erfolgt in Blöcken.

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

Laut des Beschlusses der Steiermärkischen Landesregierung vom 06.10.2016 beträgt der Kostenbeitrag für die Ausbildung € **2170.-** ab 01.01.2017 (eine Änderung bleibt vorbehalten). Zusätzlich fallen Kosten für die Dienstkleidung, Fahrtkosten ins Praktikum, Kosten für Lehrbücher/Unterlagen sowie die für die praktische Ausbildung erforderlichen Untersuchungen/Impfungen an.

Aufgrund des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) und des Beschlusses der Stmk. Landesregierung vom 06.08.2015 sind die Schüler/innen 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)**

## ANSUCHEN UM AUFNAHME

Ich bewerbe mich um Aufnahme in die

### Ausbildung Operationsassistentz 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:	Email Adresse:

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"/> Zeugnis(se) über eine berufliche Erstausbildung z.B. Lehrabschluss, Handelsschule, HAK, HTL, Gesundheits-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 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 **den Lehrgang Operationsassistentenz**  
**am Bildungszentrum für Pflege und Gesundheit Ost des Landes Steiermark**  
**Schule für medizinische Assistenzberufe**

zur Ausbildung als **Operationsassistent/in**

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/Psyche	_____	_____
<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

## **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 Ost des Landes Steiermark, die von mir beim Ausfüllen dieses Antrages bekanntgegeben personenbezogenen Daten – 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 des Landes Steiermark, Auenbruggerplatz 24, 8036 Graz oder per E-Mail an [bzpg@stmk.gv.at](mailto:bzpg@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

