



## Informationen über das **MODUL FACHBEREICH SARBEIT** **für die medizinische Fachassistenz**

**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. 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. Zeugnisse (in beglaubigter Kopie)  
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 Pflegeassistenz oder zur/zum medizinischen  
Masseur/in und mind. ein (1) MAB-Aufbaumodul) (\*Medizinische Assistenzberufe-Ausbildungsverordnung)
9. 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 und nachzureichende Unterlagen

1. Zur Erfüllung der Berufspflichten erforderliche Kenntnisse der **deutschen Sprache**
2. **Positive Absolvierung** des MAB-Basismoduls und mind. drei MAB-Aufbaumodule oder Ausbildung in der Pflegeassistenz oder zur/zum medizinischen Masseur/in und mind. ein (1) MAB-Aufbaumodul
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, 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 der Einreichung (nur erforderlich, wenn kein aufrechtes Dienstverhältnis zu einer Krankenanstalt besteht)
5. Vertrauenswürdigkeit – **Strafregisterbescheinigung** – nicht älter als 3 Monate bei der Einreichung (nur erforderlich, wenn kein aufrechtes Dienstverhältnis zu einer Krankenanstalt besteht)
6. Wenn gegeben, eine Bestätigung des Dienstgebers über ein aktuelles Dienstverhältnis bzw. eine Bestätigung des AMS (zum Nachweis der Vollversicherung)

#### **Wohnmöglichkeit**

Die Auszubildenden können im Bildungszentrum für Pflege und Gesundheit, Internat & Wohnheim (bei Volljährigkeit) wohnen. Es stehen nur begrenzte Plätze zur Verfügung, die Vergabe wird von der Leitung 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,-. Eine Änderung des Kostenbeitrages bleibt vorbehalten.

#### **Ausbildung:**

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 Pflegeassistenz 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 kommissionellen Diplomprüfung zuzulassen.

Nach erfolgreich absolvierter kommissioneller Diplomprüfung ist man zur Führung der Berufsbezeichnung „**Diplomierte medizinische Fachassistentin**“/„**Diplomierter medizinischer Fachassistent**“ berechtigt.

**Die Ausbildungskosten für das Modul „Fachbereichsarbeit“ betragen € 750,-**

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](http://www.gesundheitsausbildungen.at)**

## ANSUCHEN UM AUFNAHME

Ich bewerbe mich um **Aufnahme** in das  
**Modul Fachbereichsarbeit**  
**für die medizinische Fachassistenz**

**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 Adresse:

Ich benötige eine Wohnmöglichkeit:

Internat/Wohnheim

*Folgende Unterlagen liegen bei:*

- Aufnahmeansuchen (beiliegendes Formblatt)
- Lebenslauf (beiliegendes Formblatt)
- Gesundheitsblatt (beiliegendes Formblatt)
- Geburtsurkunde (in beglaubigter Kopie)
- Heiratsurkunde (in beglaubigter Kopie)
- Staatsbürgerschaftsnachweis (in beglaubigter Kopie)
- 2 Passbilder (auf der Rückseite jeweils mit Vor- und Zunamen beschriftet)
- Einwilligung Datenschutzgrundverordnung (beiliegendes Formblatt)
- Zeugnisse (in beglaubigter Kopie)
  - 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 Pflegeassistenz oder zur/zum medizinischen Masseur/in und mind. ein (1) MAB-Aufbaumodul) (in beglaubigter Kopie)

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

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 das **Modul Fachbereichsarbeit für die medizinische Fachassistenz**

am **Bildungszentrum für Pflege und Gesundheit Ost des Landes Steiermark**  
**Schule für medizinische Assistenzberufe**

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

## **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