



## INFORMATION ÜBER DIE AUSBILDUNG

### **PFLEGEFACHASSISTENZ** **für die Pflegeassistenten** **Ausbildungsdauer 1 Jahr**

**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 Gesundheits- und Krankenpflege des Landes Steiermark einzubringen. An dieser Schule wird das Aufnahmeverfahren durchgeführt. Über die Aufnahme entscheidet die Aufnahmekommission. **Mehrfachbewerbungen** (abgegebene Aufnahmeansuchen an mehreren Schulen) können nicht berücksichtigt werden.

#### **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 der Pflegeassistenten<br>(vormals Pflegehilfe)  | (in beglaubigter Kopie)                              |
| 10. Sonstige Zeugnisse<br>z.B. Matura, Lehrabschluss etc.  | (in beglaubigter Kopie)                              |
| 11. Einwilligung Datenschutzgrundverordnung  | (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** und der **Pflegeassistentenausbildung**
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 (03842 / 401 2367) mit der Direktion ersucht.  
Information: Englischkenntnisse (Niveau Neue Mittelschule) sind erforderlich

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.

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

### **Wohnmöglichkeit**

Die Auszubildenden können im Wohnheim der Schule wohnen.

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 Pflegeassistentenberufe-Ausbildungsverordnung (PA-PFA-AV).

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Die theoretische und praktische Ausbildung erfolgt in Blöcken. Die Praktikumsstellen werden von der Schule zugeteilt und verteilen sich über die gesamte Steiermark.

Laut Beschluss der Steiermärkischen Landesregierung vom 15.03.2018 werden die Ausbildungskosten derzeit vom Land Steiermark getragen (ausgenommen Fahrtkosten ins Praktikum, Lehrbücher/Unterlagen sowie die für die praktische Ausbildung erforderlichen Untersuchungen/Impfungen).

Die Auszubildenden sind während der gesamten Ausbildung kranken-, unfall- und pensionsversichert.

Auf Ansuchen wird Auszubildenden zu Gesundheits- und Krankenpflegeberufen bis auf weiteres für die Dauer der Ausbildung ein monatlicher Pflegeausbildungsbeitrag gewährt. Gemäß § 3 Abs. 1 PAusbZG sind AMS-geförderte Personen davon ausgenommen. Es wird darauf hingewiesen, dass für den Pflegeausbildungsbeitrag online ein Ansuchen gestellt werden muss.

**Weitere Informationen sowie das Online-Ansuchen finden Sie auf unserer Homepage unter:**

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

**Theoretische Ausbildung (1070 Std.):**

	<b>Themenfelder</b>	<b>Stunden</b>	<b>Art der Prüfung</b>
1.	Grundsätze der professionellen Pflege II	80	Leistungsbeurteilung
2.	Pflegeprozess II	100	Leistungsbeurteilung
3.	Zielgruppen- und settingorientierte Beziehungsgestaltung und Kommunikation	160	Leistungsbeurteilung
4.	Zielgruppen- und settingorientierte Pflege einschließlich Pflorgetechnik, Teil 1	120	Leistungsbeurteilung
5.	Zielgruppen- und settingorientierte medizinische Diagnostik und Therapie einschließlich medizinische Pflorgetechnik, Teil 1	90	Leistungsbeurteilung
6.	Zielgruppen- und settingorientierte Pflege einschließlich Pflorgetechnik, Teil 2	120	komm. Abschlussprüfung
7.	Zielgruppen- und settingorientierte medizinische Diagnostik und Therapie einschließlich medizinische Pflorgetechnik, Teil 2	100	komm. Abschlussprüfung
8.	Kooperation, Koordination und Organisation II	40	Leistungsbeurteilung
9.	Entwicklung und Sicherung von Qualität II	40	Leistungsbeurteilung
10.	Lernbereich Training und Transfer II	120	Leistungsbeurteilung
11.	Modul Schriftliche Arbeit im Fachbereich	100	Leistungsbeurteilung
	<b>Gesamt</b>	<b>1070</b>	

**Praktische Ausbildung (530 Std.):**

<b>Praktikum</b>	<b>Fachbereich</b>	<b>Stunden</b>
Akutpflege	operative und konservative medizinische Fachbereiche	160
zielgruppenspezifisches Praktikum	mobile, ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungsformen	160
Wahlpraktikum	mobile, ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungsformen	160
Theorie- Praxistransfer einschließlich Praxisreflexion	Lernbereich Training und Transfer (z.B. Fertigkeitentraining, Simulationsverfahren)	50
<b>Gesamt</b>		<b>530</b>

Die Praktikumsstellen werden von der Schule zugeteilt.

# ANSUCHEN UM AUFNAHME

Ich bewerbe mich um Aufnahme in die Ausbildung  
**PFLEGEFACHASSISTENZ für die Pflegeassistenten**  
Ausbildungsdauer 1 Jahr

**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: <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

Ich benötige eine Wohnmöglichkeit:

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 mit<br>Vor- und Zunamen beschriftet) |
| <input type="checkbox"/> Abschlusszeugnis der 8. und 9. Schulstufe  | (in beglaubigter Kopie)                                 |
| <input type="checkbox"/> Zeugnis der Pflegeassistenten  | (in beglaubigter Kopie)                                 |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Zeugnisse<br>z.B. Matura, Lehrabschluss etc.  | (in beglaubigter Kopie)                                 |
| <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 **Pflegefachassistenz** für Pflegeassistenten  
an der **Schule für Gesundheits- und Krankenpflege des Landes Steiermark**  
Barbaraweg 86, 8700 Leoben

Zuname: _____	Vorname: _____
Geb. Datum: _____	Adresse: _____

**Größe:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

<b>Frühere Erkrankungen und Operationen:</b>	<b>Jahresangabe:</b>
_____	_____
_____	_____

<b>Unfälle / Sportverletzungen:</b>	
_____	_____
_____	_____

<b>Krankenhausaufenthalte:</b>	ja	nein
(zuletzt, weswegen?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____		
_____		

<b>Stehen Sie dzt. in ärztlicher Behandlung?</b>	ja	nein
(wenn ja, weshalb?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____		
_____		

<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</b>	ja	nein
(wenn ja, welche?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____		

**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"/> 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 (3842) 401-2356, per Post an Schule für Gesundheits- und Krankenpflege des Landes Steiermark, Barbaraweg 86, 8700 Leoben, oder per E-Mail an [sgln@stmk.gv.at](mailto:sgln@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/der Erziehungsberechtigten  
(bei Minderjährigen)



## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

der für die praktische Ausbildung erforderlichen  
Untersuchungen/Impfungen

Die Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege und in den medizinischen Assistenzberufen 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 |

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)