

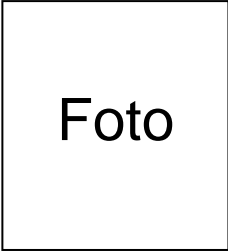
Nur vom Ausbildungszentrum auszufüllen:

Eingang: Erfasst:
 AG nein WL am
 Zusage Klasse am
 Info1. Schultag Abgem.am:

ANMELDUNG

Berufsbegleitende Ausbildung Schuljahr 2023/24

- Altenarbeit/Behindertenarbeit** Fachsozialbetreuer*in inkl. Pflegeassistenz & Heimhilfe
 6 Semester 4 Semester inkl. Heimhilfe
- Behindertenbegleitung** Fachsozialbetreuer*in inkl. UBV (6 Semester)
- Diplomsozialbetreuer*in** 2 Semester Altenarbeit Behindertenbegleitung
- Quereinstieg



Familienname		Vorname(n)	
Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> divers		Sozialversicherungsnummer	
Geburtsdatum	Geburtsort	Alltagssprache	Erstsprache
Staatsbürgerschaft		Religionszugehörigkeit	
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort	
Telefonnummer		Aktuelle Email-Adresse	
Höchster erfolgreicher Schulabschluss (min. positiver Abschluss der 9. Schulstufe/Vorbereitungslehrgang)		Berufsausbildung	

Beizulegende Unterlagen:

- aktueller Lebenslauf
- Zeugnisse 9. Schulstufe und ggfs.höher
- Geburtsurkunde
- Staatsbürgerschaftsnachweis
- ärztliches Attest (siehe Anhang)
- Erhebung Infektionsschutz (siehe Anhang)
- polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 7 Tage zum Zeitpunkt der Anmeldung)
- Sprachdiplom B2 bei nicht deutscher Muttersprache

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und gebe Änderungen umgehend schriftlich dem Ausbildungszentrum bekannt.

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift Bewerber*in

**Ärztliches Attest
zur Vorlage
Hausärztin/Hausarzt**

Name:

Geburtsdatum: SV-Nr.

Sehvermögen: Hörvermögen:

Bewegungsapparat (Wirbelsäule, Gelenke):

.....

Herz-Kreislauf-Lungenfunktion:

.....

Hautprobleme: nein ja welche:

Allergien: nein ja welche:

Psychische Belastbarkeit :

.....

Sonstige relevante Beeinträchtigungen oder Krankheiten:

.....

Impfungen

Grundimmunisierung vorhanden: nein ja

Ausstehende Teilimpfungen bzw. Auffrischungen laut Impfpass:

.....

.....
vgl. Zusatzblatt – Infektionsschutz Anforderungen für PraktikantInnen (Pflegeassistenz – Krankenhaus)

Bestätigung Eignung für Ausbildungen inkl. Pflegeassistenz:

Wir bitten Sie zu bestätigen, dass die erforderliche gesundheitliche Eignung zur Erfüllung der Berufspflichten in der Pflegeassistenz gegeben ist - GuKG §27 (1), 2 und PA-PFA-AV §10 (2) 2.

Eine Eignung als Pflegeassistenz ist:

gegeben **nicht gegeben**

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift untersuchende Ärztin/untersuchender Arzt

Infektionsschutz Anforderungen für Praktikant*innen im Krankenhaus (Pflegeassistenz)

Name Praktikant*in:

Geburtsdatum: Vers. Nr.

Bei Antritt des Praktikums soll eine Immunität gegen Röteln, Masern, Mumps und Varicellen entweder durch eine nachgewiesene zweimalige Impfung oder einen positiven Antikörpertiter vorliegen.

	Impfdatum	Titer/ Datum
Röteln	1. Impfung: 2. Impfung:	
Masern	1. Impfung: 2. Impfung:	
Mumps (epidemische Parotitis)	1. Impfung: 2. Impfung:	
Varicellen (Schafblattern)	1. Impfung: 2. Impfung:	

Andere Impfungen bitte mit Datum bekanntgeben:

	Impfdatum	
Hepatitis B	1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung: Auffrischungen:	Letzter quantitativer Titer Höhe: Datum:
Hepatitis A		
Pertussis (Keuchhusten)		
Poliomyelitis (Kinderlähmung)		
Diphtherie		
Tetanus		

Haben/ hatten Sie eine Hepatitis C-Erkrankung: ja nein

Es wird hiermit der geforderte Impfschutz oder Antikörpertiter bestätigt:

.....
 Unterschrift und Stempel
 des Arztes/der Ärztin