

**Nur vom Ausbildungszentrum auszufüllen:**

Eingang: ..... Erfasst: .....

AG .....  nein  WL am .....

Zusage Klasse ..... am .....

Info1. Schultag ..... Abgem.am: .....

# ANMELDUNG

## Berufstätigenform - Schuljahr 2021/22

Foto bitte hier einkleben

- Altenarbeit/Behindertenarbeit** Fachsozialbetreuer\*in inkl. Pflegeassistenz (6 Semester)
- Behindertenbegleitung** Fachsozialbetreuer\*in inkl. UBV (6 Semester)
- Diplomsozialbetreuer\*in **Behindertenbegleitung** oder **Altenarbeit** (2 Semester)
- Diplomsozialbetreuer\*in **Familienarbeit** für Pflegeassistent\*innen (4 Semester)
- Quereinstieg** .....

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

### Beizulegende Unterlagen:

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

**Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und gebe Änderungen umgehend schriftlich dem Ausbildungszentrum bekannt:**

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Unterschrift Bewerber\*in

**Anmeldungen per Post oder Email an:**

Ausbildungszentrum der Caritas, Schießstandstraße 45, 5061 Salzburg  
[bildung@sob-caritas.at](mailto:bildung@sob-caritas.at)

## 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 (Pflegeassistent – Krankenhaus)

### **Bestätigung Eignung, nur für Ausbildungen inkl. Pflegeassistent:**

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

#### **Eignung Pflegeassistent:**

**ist gegeben**

ist **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