

Nur vom Ausbildungszentrum auszufüllen:

Eingang: Erfasst:

AG nein WL am

Zusage Klasse am

Info1. Schultag Abgem.am:

ANMELDUNG für das Schuljahr 2020/21

für die Berufstätigenform:

- Pflegeassistent + FachsozialbetreuerIn Altenarbeit/Behindertenarbeit** (6 Semester)
- FachsozialbetreuerIn Behindertenbegleitung inkl. UBV** (6 Semester)
- DiplomsozialbetreuerIn Behindertenbegleitung oder Altenarbeit** (2 Semester)
- Fach-Sozialhilfe und Heimhilfe** (4 Semester)
- Quereinstieg höheres Semester**

Foto bitte hier einkleben

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

Beizulegende Unterlagen:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> aktueller Lebenslauf <input type="checkbox"/> Zeugnisse ab der 9. Schulstufe <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde / Heiratsurkunde <input type="checkbox"/> polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 7 Tage zum Zeitpunkt der Anmeldung) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis <input type="checkbox"/> ärztliches Attest (Vorlage anbei) <input type="checkbox"/> Erhebung Infektionsschutz (Vorlage anbei) <input type="checkbox"/> Sprachdiplom B2 bei nicht deutscher Muttersprache, B1 für Fach-Sozialhilfe |
|---|---|

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

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift BewerberIn

Ärztliches Attest

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)

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 PraktikantInnen im Krankenhaus (Pflegeassistenz)

Name PraktikantIn:

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