

Ausbildung zur Ordinationsassistenz

Ausbildungsbeginn: 26.03.2025
Ausbildungsende: 08.09.2025
Bewerbungsfrist: 18.11.2024 – 06.12.2024

Die Ausbildung ist **nur in Vollzeit** (40 Stunden/Woche, Montag – Freitag) möglich.

Zielgruppe:

- Personen im aufrechten Dienstverhältnis zum WIGEV

Voraussetzungen für die Bewerbung:

- die zur Erfüllung der Berufspflicht notwendige gesundheitliche Eignung, inkl. aller notwendigen Impfungen und Vertrauenswürdigkeit
- Vidende der Ärztlichen Direktion

Kosten und Aufwendungen:

Die Kosten für erforderliche Impfungen sind selbst zu tragen.

Die Auszubildenden müssen für etwaige Nebenkosten (Bücher, Sicherheitsschuhe, Teilnahme an verpflichtenden Exkursionen, etc.) selbst aufkommen.

Bewerbungsablauf

1. Bewerbung
2. EDV-gestützte Bewerber*innen-Testung
3. Aufnahme

1.) Bewerbung

Das Einreichen der Bewerbungsunterlagen ist **ausschließlich** in der Zeit **18.11.2024 bis 06.12.2024** möglich und muss **per E-Mail** an das Postfach mab.schule@akhwien.at erfolgen.

Bitte schicken Sie uns **alle E-Mail-Anhänge als PDF**, leider können wir nur Dokumente dieses Dateityps entgegennehmen.

Bewerbungsunterlagen:

<ul style="list-style-type: none"> • Anmeldeformular (siehe letzte Seite)
<ul style="list-style-type: none"> • Vidende der Ärztlichen Direktion
<ul style="list-style-type: none"> • Lebenslauf mit Datum und Unterschrift vollständig und chronologisch mit Monats- und Jahresangaben bis zum Abgabetag der Bewerbung
<ul style="list-style-type: none"> • Reisepass und/oder Staatsbürgerschaftsnachweis
<ul style="list-style-type: none"> • Nachweis/Zeugnis Ihrer Berufsausbildung
<ul style="list-style-type: none"> • Geburtsurkunde
<ul style="list-style-type: none"> • Gegebenenfalls Heiratsurkunde
<ul style="list-style-type: none"> • 1 Foto in Passfotogröße 3,5 x 4,5 cm

2.) EDV-gestützte Bewerber*innen-Testung:

Nach Einlangen **ALLER** erforderlichen Unterlagen, erhalten Sie per E-Mail eine **offizielle Einladung für die Bewerber*innen-Testung**, in der **Ort** und **Termin** bekanntgegeben werden.

Bitte beachten Sie, dass Sie zu diesem Test nur dann antreten können, wenn Sie Ihre Identität mit einem Lichtbildausweis nachweisen können!

Testverfahren: (Zeitaufwand: ca. 2 Stunden)

Standardisierte EDV-gestützte Bewerber*innen-Testung zur Einschätzung folgender Bereiche: (Informationen diesbezüglich finden Sie auf unserer [Website](#))

- Überprüfung der erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache
- Logisch-schlussfolgerndes Denken
- Langzeitgedächtnis/Konzentration/Genauigkeit/Schnelligkeit
- Mathematische Fähigkeiten
- Wissenstest (Fragen zur Ausbildung und zum Beruf, Fragen zu Inhalten aus späteren Unterrichtsfächern sowie elementare Kenntnisse)

3.) Aufnahmekommission:

Nach Maßgabe der Ausbildungsplätze und des Ergebnisses der Bewerber*innentestung, trifft die **Aufnahmekommission voraussichtlich Ende Jänner 2025** die Entscheidung über die **bedingte** Aufnahme in die Schule.

ANMELDEFORMULAR

Ordinationsassistentenz

Ich ersuche um Aufnahme in den Lehrgang Ordinationsassistentenz an der Schule für medizinische Assistenzberufe.

Bitte gut leserlich in Groß- und Kleinbuchstaben schreiben, ß nicht durch ss oder sz ersetzen!

Familienname:				Vorname(n):		
Geburtsname:				Staatsbürgerschaft:		
Geschlecht:	m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	divers <input type="checkbox"/>	offen <input type="checkbox"/>	inter <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum:				Geburtsort und Staat:		
Sozialversicherungsnummer:				Familienstand:		

Anschrift des Hauptwohnsitzes:

Straße/Gasse/Hausnummer:				PLZ Ort:		
Telefonnummer:				E-Mail-Adresse:		

Bundesland des Hauptwohnsitzes (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Wien	NÖ	Bgl.	Stmk.	OÖ	Sbg.	Ktn.	T	Vbg.	EU	nicht EU
------	----	------	-------	----	------	------	---	------	----	-------------

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten gemäß Art. 13 DSGVO verarbeitet werden. Die datenschutzrechtlichen Informationen finden Sie unter: [Datenschutzerklärung für Bewerber*innen MAB und OTA](#)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Ein unvollständig ausgefülltes Anmeldeformular kann nicht bearbeitet werden!