



An die
Ärzttekammer des Saarlandes
– Abteilung Medizinische Fachangestellte –
Faktoreistraße 4
66111 Saarbrücken

Posteingangsstempel

Antrag auf Eintragung in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse

Mit dem Antrag auf Eintragung zusammen mit der Vertragsausfertigung für die Ärztekammer des Saarlandes des mit der Auszubildenden abgeschlossenen Berufsausbildungsvertrages wird die Eintragung in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse der Ärztekammer beantragt.

Hierzu wird erklärt:

1. Die Berufsausbildung wird nach der Ausbildungsordnung, dem einschlägigen Ausbildungsberufsbild, dem Berufsbildungsgesetz und den Bestimmungen des Berufsausbildungsvertrages durchgeführt.
2. Die Einrichtungen der Ausbildungsstätte bieten – gegebenenfalls zusammen mit den im Berufsausbildungsvertrag aufgeführten Ausbildungsmaßnahmen außerhalb der Ausbildungsstätte – die Voraussetzung, dass die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten nach dem Ausbildungsberufsbild in voll-em Umfang vermittelt werden können.
3. In der Person des/der Auszubildenden und des/der gegebenenfalls von ihm/ihr bestellten Ausbilder/Ausbilderin liegen keine Gründe, die der Ausbildung im Sinne des Berufsbildungsgesetzes entgegenstehen. Insbesondere besteht kein Verbot, Kinder und Jugendliche zu beschäftigen.
4. Der/Die umseitig genannte Ausbilder/Ausbilderin ist auch fachlich für die Berufsausbildung geeignet. Die aktuellen Ausbilderdaten liegen der Ärztekammer des Saarlandes vor bzw. werden mit dem Antrag eingereicht.
5. Dem/Der Auszubildenden und deren gesetzlichen Vertreter (bei Minderjährigen) wurde bzw. wird eine Ausfertigung des beidseitig unterzeichneten Berufsausbildungsvertrages ausgehändigt.
6. Wesentliche Änderungen des Ausbildungsvertrages werden der Ärztekammer des Saarlandes unverzüglich angezeigt.
7. Die Ausbildungsordnung und die sachliche und zeitliche Gliederung der Berufsausbildung werden dem/der Auszubildenden mit Beginn der Berufsausbildung ausgehändigt. Ein Exemplar der sachlichen und zeitli-

chen Gliederung liegt der Ärztekammer des Saarlandes vor bzw. ist diesem Antrag beigelegt.

8. Die von der Ärztekammer des Saarlandes nach der Gebührenordnung festgesetzten Gebühren werden durch Einzugsermächtigung abgebucht bzw. bei Krankenhäusern nach Erhalt der Rechnungslegung vorgenommen.
9. Es wird versichert:
 - a) Die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.
 - b) Die Übereinstimmung der Vertragsniederschriften.
 - c) Die Übereinstimmung der bei der Ärztekammer des Saarlandes eingereichten Exemplar mit dem beidseitig unterzeichneten Berufsausbildungsvertrag.
10. Beigelegt sind:
 - a) **Die Ausfertigung für die Ärztekammer des Berufsausbildungsvertrages inkl. Paragraphenteil Vertragsrückseite.**
 - b) Im Falle der Vertragskürzung Kopien der die Verkürzung begründenden Dokumente (Schulzeugnis, ggf. Zwischenzeugnis, etc.). Soweit das Zeugnis oder ein anderes Dokument, das Grundlage der Vertragskürzung sein soll, dem/der Auszubildenden im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses noch nicht vorliegt, wird die Kopie unverzüglich nach Erhalt nachgereicht.
 - c) Im Falle der Teilzeitausbildung Kopien der die Teilzeitausbildung begründenden Dokumente (Betreuung eines Kindes, eines pflegebedürftigen Angehörigen, Behinderung).
 - d) Bei Auszubildenden, die zu Beginn der Ausbildung noch nicht volljährig sind, Kopien oder Mehrfertigung der ärztlichen Bescheinigung über die Erstuntersuchung gemäß § 32 Jugendarbeitsschutzgesetz.
 - e) Erklärung gegenüber der Ärztekammer des Saarlandes über SEPA-Lastschriftmandat.

Die Datenerhebung erfolgt aufgrund der §§ 10, 11, 27 und 30, 34 bis 36, 87, 88 BBiG.

Antrag auf Eintragung in das Berufsausbildungsverzeichnis zum

Berufsausbildungsvertrag

Medizinische/r Fachangestellte/r (§§ 10, 11 Berufsbildungsgesetz)



Ärztekammer des Saarlandes Körperschaft des öffentlichen Rechts

Faktoreistraße 4 · 66111 Saarbrücken
Telefon +49 681 4003-0 · Telefax +49 681 4003-340
www.aerztekammer-saarland.de · mfa@aeksaar.de

zwischen der/dem Ausbildenden (Ärztin/Arzt)/der Ausbildungsstätte und der/dem Auszubildenden		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich																	
Name und Praxisanschrift der/des Ausbildenden/der Ausbildungsstätte / Stempel _____ _____ _____ Straße _____ Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Ort _____ Vorwahl _____ Telefon _____ Vorwahl _____ Fax _____ Name verantwortliche/r Auszubildende/r <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Arzt-Nr (wenn bekannt)</div>	Name _____ ggf. Geburtsname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Straße _____ Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Ort _____ zuständige Berufsschule _____ Staatsangehörigkeit ¹⁾ _____ Gesetzl. Vertreter ²⁾ : <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vormund Name der gesetzlichen Vertreter _____ Vorname der gesetzlichen Vertreter _____ Straße _____ Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Ort _____ <small>¹⁾ Bei Nicht-EU-Zugehörigkeit bitte Kopie der Aufenthaltserlaubnis oder Arbeitserlaubnis beifügen. ²⁾ Vertretungsberechtigt sind die gesetzlichen Vertreter, soweit nicht die Vertretungsberechtigung nur einem zusteht. Ist ein Vormund bestellt, so bedarf dieser zum Abschluss des Ausbildungsvertrages der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts.</small>																		
Ausbildungszeit Die Ausbildungszeit beträgt drei Jahre. Das Berufsausbildungsverhältnis beginnt am _____ endet am _____ <div style="background-color: #ffe0b2; padding: 5px;"> Die in einer anderen Praxis begonnene Berufsausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten in der Praxis (wird von der Kammer ausgefüllt) wird mit _____ Monaten angerechnet. Die Ausbildungszeit verkürzt sich um _____ Monate. Grund: _____ <small>(allgemeinschulische/berufliche Vorbildung, z. B. Abitur – Nachweis liegt bei)</small> </div>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Anzahl der in der Ausbildungsstätte ganztätig / halbtätig Beschäftigten:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Auszubildende (Angabe ohne Neuabschluss)</td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td>Med. Fachangestellte/r Arzthelfer/innen</td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td>MTA</td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td>Krankenschwestern</td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td>Sonstige</td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> </tr> </table> <p>Bei unter 18-Jährigen bitte die ärztliche Bescheinigung über die Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz zur Einsicht vorlegen (§ 35 ABS. 1 Nr. 3 BBiG).</p>	Anzahl der in der Ausbildungsstätte ganztätig / halbtätig Beschäftigten:			Auszubildende (Angabe ohne Neuabschluss)	_ _	_ _	Med. Fachangestellte/r Arzthelfer/innen	_ _	_ _	MTA	_ _	_ _	Krankenschwestern	_ _	_ _	Sonstige	_ _	_ _
Anzahl der in der Ausbildungsstätte ganztätig / halbtätig Beschäftigten:																			
Auszubildende (Angabe ohne Neuabschluss)	_ _	_ _																	
Med. Fachangestellte/r Arzthelfer/innen	_ _	_ _																	
MTA	_ _	_ _																	
Krankenschwestern	_ _	_ _																	
Sonstige	_ _	_ _																	
Höchster allgemein bildender Schulabschluss ²⁾ <input type="checkbox"/> Berufsvorbereitende Qualifizierung oder berufliche Grundbildung ³⁾ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Berufliche Vorbildung (Berufsausbildung) ⁴⁾ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;">keine Mehrfachnennungen möglich nur erfolgreiche Abschlüsse/erfolgreiche Teilnahme Mehrfachnennungen möglich</p> <p style="text-align: center;">Mehrfachnennungen möglich</p>																		
Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift – im Einzelfall widerrufliches – Einverständnis zu erteilen, dass alle persönlichen Daten der/s Auszubildenden dieses Formulars sowie die Ergebnisse der Zwischen- und Abschlussprüfung an das für Sie zuständige Kaufmännische Berufsbildungszentrum weitergeleitet werden dürfen. _____, den _____		_____ Unterschrift Auszubildende/r																	
In der Praxis ist Vorsorge getroffen, dass die Ausbildung nach der Ausbildungsverordnung im Ausbildungsberuf Medizinische/r Fachangestellte/r und den Bestimmungen des Berufsausbildungsvertrages durchgeführt wird. Die Praxis bietet - ggf. zusammen mit Ausbildungsmaßnahmen außerhalb der Ausbildungsstätte - die Voraussetzungen, dass die berufliche Handlungsfähigkeit mit den erforderlichen Fertigkeiten, Kenntnissen und Fähigkeiten nach der Ausbildungsverordnung in vollem Umfang vermittelt werden können. Die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben sowie die Übereinstimmung der Vertragsniederschrift wird bestätigt. Die Datenerhebung erfolgt aufgrund der §§ 10, 11, 27, 29, 30, 34 - 36 sowie der §§ 87 und 88 BBiG. _____, den _____																			
_____ Unterschrift und Stempel																			
²⁾ Höchster allgemein bildender Schulabschluss 1 – ohne Hauptschulabschluss 2 – mit Hauptschulabschluss 3 – Realschulabschluss 4 – Hoch-/Fachschulreife 5 – ohne Angabe	³⁾ Bildungsgänge nach Verlassen der allgemein bildenden Schule 1 – betriebliche Qualifizierungsmaßnahme von mind. 6 Monaten Dauer (z. B. EQJ) 2 – Berufsvorbereitungsjahr von mind. 6 Monaten Dauer 3 – Berufsgrundbildungsjahr (BVJ) 4 – Berufsfachschule (BGJ) 5 – Ohne voll qualifizierenden Berufsabschluss	⁴⁾ berufliche Vorbildung (Berufsausbildung) 1 – Krankenpflegerin 7 – Hebamme 2 – Laborantin 8 – biol.-techn. Assistentin 3 – Altenpflegerin 9 – Krippenerzieherin 4 – Sprechstundenhilfe 10 – sonst. abgeschl. Ausbildung 5 – Stationshilfe 11 – Teilausbildung AH 6 – beg. Ausb. z. Zahnarzthelferin																	



Ärzt e k a m m e r d e s S a a r l a n d e s
Postfach 100262
66002 Saarbrücken

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE 79ZZZ00000057232

Erklärung gegenüber der Ärztekammer des Saarlandes

– Abteilung MFA –

Bitte senden Sie das Formular ausgefüllt und unterschrieben an die Ärztekammer des Saarlandes, Abteilung Medizinische Fachangestellte zurück.

Arztnummer		
Name	Vorname	Titel
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Ort	
Name der/des Auszubildenden		Beginn

Gemäß § 1 der Gebührenordnung der Ärztekammer des Saarlandes vom 23.11.1983, zuletzt geändert am 02.12.2009, werden von Ihnen folgende Gebühren erhoben:

Gebühren für Leistungen im Bereich der Berufsausbildung der Med. Fachangestellten (Ausbildung)

- | | |
|--|----------|
| 1. Überwachung des Berufsausbildung einschließlich | |
| – Eintragung des Ausbildungsvertrages in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse | |
| – Durchführung von Zwischenprüfung | |
| – Durchführung der Abschlussprüfung | 250,00 € |
| 4. Durchführung von Wiederholungsprüfungen | 100,00 € |
| 5. Überbetriebliche Maßnahmen | 85,00 € |

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Deb.-Nr.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Ärztekammer des Saarlandes, die Gebühr von meinem Konto mittels Lastschrift zur Fälligkeit einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärztekammer des Saarlandes auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut: _____

BIC:

IBAN:

IBAN und BIC finden Sie auf Ihrer Bankkarte oder Ihrem Kontoauszug!

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Hinweis: Bitte fertigen Sie sich eine Kopie für Ihre Unterlagen!