

# WICHTIG !!!

Für die gemäß BBiG erforderliche ordnungsgemäße Eintragung des  
Ausbildungsverhältnisses bitten wir um Beachtung der nachstehenden Punkte:

- Beginn** Der Beginn des Ausbildungsverhältnisses soll nicht vor dem **1. Juli**  
und nicht nach dem **30. September** eines Jahres liegen.  
Bei Vertragsbeginn innerhalb des Zeitraumes ab 1. Oktober bis 31. Januar  
müssen die Auszubildenden in die **Winterprüfung**.
- Zeitpunkt der Einreichung** spätestens vor Ausbildungsbeginn !!!

 **Folgende Unterlagen** bei der Bezirksärztekammer

**komplett einreichen:**

**Kontrolle  
für Sie:**

1. **Ausbildungsverträge** vollständig **ausgefüllt** und **unterschrieben** – **3 fach**
2. **Antrag** auf Eintragung (*gelbes Formblatt*)
3. **Schulabschlusszeugnis** (bzw. Halbjahreszeugnis) in Kopie
4. **Nachweis** über die durchgeführte **Jugendarbeitsschutzuntersuchung**   
(Formblatt "Bescheinigung für den Arbeitgeber")  
Sofern die Auszubildende zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses **noch nicht  
das 18. Lebensjahr vollendet hat.**

Eine Vertragseintragung kann nur erfolgen, wenn die Unterlagen vollständig sind!

**In Gemeinschaftspraxen** muss der Ausbildungsvertrag von **allen Mitgliedern** der BAG  
unterschrieben werden

<b><u>Anmeldung für die Berufsschule:</u></b>	Das beiliegende Anmeldeformular senden Sie bitte direkt an die Schule! (Adressen s. Rückseite)
<b><u>Nach erfolgter Eintragung:</u></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• erhalten Sie zwei Exemplare des eingetragenen Ausbildungsvertrages zurück. Ein Exemplar ist für Ihre Unterlagen bestimmt,</li><li>• ein Exemplar sowie das ebenfalls beigefügte Ausbildungsnachweisheft sind der Auszubildenden zu übergeben.</li></ul>
Sollten Sie noch weitere Fragen haben, steht Ihnen bei der Bezirksärztekammer Pfalz Herr Andreas <u>Bachtler</u> , Tel.: 06321 9284-59, E-Mail: <a href="mailto:a.bachtler@aek-pfalz.de">a.bachtler@aek-pfalz.de</a> jederzeit gerne zur Verfügung. Weitere Infos auch unter <a href="http://www.aek-pfalz.de">www.aek-pfalz.de</a>	

## EIGNUNGSFESTSTELLUNG einer Praxis als Ausbildungsstätte

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

Für die Eignungsprüfung einer Praxis als Ausbildungsstätte ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der Auszubildenden in einem angemessenen Verhältnis zur Zahl der beschäftigten Fachkräfte steht.

In Ansehung des § 27 BBiG sowie des Beschlusses vom 12.03.2011 des Berufsbildungsausschusses der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz hinsichtlich der Anzahl von Auszubildenden halten wir grundsätzlich folgende Relationen für angemessen:

**1 ärztlicher Ausbilder** mit:

1 - 2 Vollzeit-Fachkräften*	➤ 1 Auszubildende
3 - 4 Vollzeit-Fachkräften*	➤ 2 Auszubildende
5 - 7 Vollzeit-Fachkräften*	➤ 3 Auszubildende
je weitere 2 Vollzeit-Fachkräfte*	➤ 1 weitere Auszubildende

In Ausnahmefällen werden auf Antrag Sondergenehmigungen erteilt. Die Antragstellung muss vor der Einstellung erfolgen.

\* Teilzeitkräfte werden anteilig gerechnet

Es soll mindestens eine Vollzeitkraft oder – bei Einsatz von Teilzeitfachkräften – eine Teilzeitkraft mit mind. 75% vor Ort sein. Andernfalls müsse sichergestellt werden, dass der/die Auszubildende während des gesamten Arbeitstages durch eine Fachkraft begleitet wird.

**Eine Situation, in der Auszubildende regelmäßig als Alleinkraft tätig sind, ist nicht zu akzeptieren.**

Damit unsererseits überprüft werden kann, ob die Voraussetzungen für die Einstellung einer Auszubildenden gegeben sind, bitten wir, den **rückseitigen Antrag** auf Eintragung des Ausbildungsvertrages vollständig auszufüllen und mit dem Berufsausbildungsvertrag bei uns einzureichen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



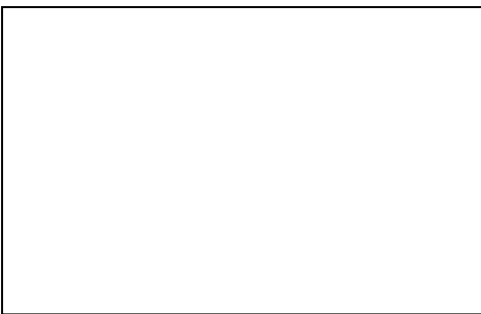
Dr. C. Beermann  
Vorsitzender

Anlagen

bitte wenden →→→

Bitte komplett ausfüllen und vor Beginn der Ausbildung zurücksenden an:

Bezirksärztekammer Pfalz  
Maximilianstr. 22  
  
67433 Neustadt/Weinstraße



Praxisstempel

**Antrag - gemäß § 36 BBiG - auf Eintragung des Berufsausbildungsvertrages**

Hiermit beantrage/n ich/wir die Eintragung des Berufsausbildungsvertrages mit der/dem Auszubildenden:

<b>Name/ Vorname:</b>	
-----------------------	--

Bitte ankreuzen !

- Es handelt sich bei der Auszubildenden um die **erste** Ausbildung.
- Es handelt sich bei der Auszubildenden um einen **Anschluss-Vertrag** / Ausbilderwechsel
- Die Auszubildende hat einen abgeschlossenen **Vorberuf** als .....

Meine/unsere Praxis ist zurzeit wie folgt besetzt:

Anzahl ärztlich tätiger Personen in der Praxis	
Anzahl ausgebildete Arzthelfer/innen / MFA <u>in Vollzeit</u> :	
Anzahl ausgebildete Arzthelfer/innen / MFA <u>in Teilzeit</u> :	
Anzahl MTA / Krankenschwestern / MTR:	
Anzahl Auszubildende <b>zurzeit</b> :	
Anzahl sonstige Mitarbeiter/innen:	

Die Unterweisung im kassenärztlichen Abrechnungswesen

- erfolgt in meiner/unsere Praxis
- wird in der Praxis von \_\_\_\_\_ vorgenommen.

Ich/wir verpflichte/n mich/uns, die Ausbildung entsprechend dem im Ausbildungsvertrag abgedruckten Ausbildungsrahmenplan für die innerbetriebliche Ausbildung in Verbindung mit dem Berufsbildungsgesetz und ggf. Jugendarbeitsschutzgesetz durchzuführen. Weiterhin bestätige/n ich/wir, dass, die Ausbildung in Vollzeit, d. h., mindestens 38,5 Stunden pro Woche inkl. Schulbesuch, erfolgt.

-----  
Datum Unterschrift des/der Ausbilder(s)  
(bei BAG'n Unterschriften aller Mitglieder der BAG)

# Anmeldung zum Besuch der Berufsschule in Rheinland-Pfalz

An die  
örtlich zuständige Berufsschule

\_\_\_\_\_

Straße

PLZ Ort

## I. Auszubildende/Auszubildender:

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Wohnort: ( ) \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Notfall-Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ Behinderungen und Krankheiten, soweit sie  
für die Berufsschule von Bedeutung sind: \_\_\_\_\_

## II. Bisheriger Schulbesuch:

Datum der Ersteinschulung: \_\_\_\_\_ Entlassen aus Klasse: \_\_\_\_\_ Datum des Abschluss-/Abgangs-  
zeugnisses: \_\_\_\_\_ Zuletzt besuchte Schule: \_\_\_\_\_  
(Anschrift)

## III. Erziehungsberechtigte bei Minderjährigen:

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: Mutter \_\_\_\_\_ Vater \_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_ Wohnort: ( ) \_\_\_\_\_

## IV. Berufsausbildungsverhältnis:

Ausbildungsberuf: \_\_\_\_\_ Fachrichtung/-bereich: \_\_\_\_\_  
Beginn der Ausbildung: \_\_\_\_\_ Ende der Ausbildung: \_\_\_\_\_ Dauer der Ausbildung: \_\_\_\_\_ Jahre

## V. Beschäftigungsverhältnis:

Beschäftigt als: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_

## VI. Ausbildungs-/Beschäftigungsbetrieb (Anschrift/Firmenstempel):

Firma: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ Fax-Nr. \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Ort: ( ) \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des Auszubildenden bzw. des Erziehungsberechtigten

## **Anschriften der Berufsbildenden Schulen in der Pfalz:**

Andreas-Albert-Schule  
Petersgartenweg 9  
67227 **Frankenthal**

Tel: 0 62 33/2 67 40

Berufsbildende Schule II  
Martin-Luther-Str. 20  
67657 **Kaiserslautern**

Tel: 06 31/3 64 99 30

Berufsbildende Schule  
August-Croissant-Straße  
76829 **Landau**

Tel: 0 63 41/9 67 10

Berufsbildende Schule  
Robert-Stolz-Straße  
67433 **Neustadt**

Tel: 0 63 21/49 00 0

Berufsbildende Schule  
Wirtschaft II  
Bismarckstr. 39  
67059 **Ludwigshafen**

Tel: 06 21/504-40 09 10

Berufsbildende Schule  
Gabelsbergerstr. 6  
66976 **Rodalben**

Tel: 063 31/25 85 25

Berufsbildende Schule  
Johann-Joachim-Becker-Schule  
Josef-Schmitt-Str. 28  
67346 **Speyer**

Tel: 0 62 32/13 05 0