


WICHTIG !!!

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

Beginn	Der <u>Beginn</u> des Ausbildungsverhältnisses liegt zwischen dem <u>1. Juli</u> und dem <u>30. September</u> eines Jahres. 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. Kopie des Ausweisdokuments*** (Personalausweis/Pass/Duldung/...)
- 5. Nachweis** über die durchgeführte **Jugendarbeitsschutzuntersuchung***
(Formblatt "Bescheinigung für den Arbeitgeber" – keine Untersuchungsergebnisse!)
Sofern die Auszubildende zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses **noch nicht
das 18. Lebensjahr vollendet hat.**

Eine Vertragseintragung erfolgt nur, wenn die Unterlagen vollständig eingereicht werden!

In **Gemeinschaftspraxen** ist der Ausbildungsvertrag von **allen Mitgliedern** der BAG
zu unterschreiben!

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

* wird nach Eintragung zurückgegeben.

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

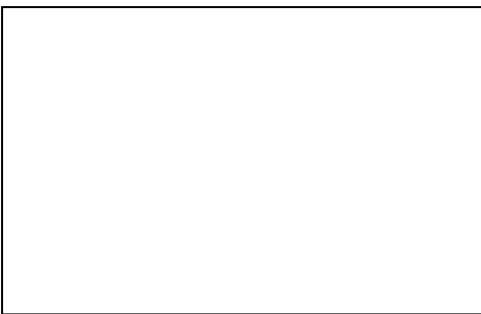
Anlagen

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:

Name/ Vorname:	
-----------------------	--

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 zurzeit :	
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-/Abgangszeugnisses: _____ 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-Becher-Schule
Josef-Schmitt-Str. 28
67346 **Speyer**

Tel: 0 62 32/13 05 0

* gemäß Schulgesetz Rheinland-Pfalz § 62 Absatz 3 besuchen die Schülerinnen und Schüler der Berufsschulen die Berufsschule, in deren Schulbezirk sie beschäftigt sind. Falls Sie sich nicht sicher sind, welche Schule Ihre Auszubildenden besuchen müssen, so helfen wir Ihnen gerne weiter (Tel. 06321/928459).