

---

**Ausbildung in der Ordinationsassistenz im Dienstverhältnis gem. § 25 MABG**

**Ich bestätige hiermit, dass**

**Frau/Herr** (Name und Geburtsdatum der/des Auszubildenden)

.....

**in der Ordination/Einrichtung** (Name und Adresse der Einrichtung)

.....

**seit** (Beginn des Dienstverhältnisses) .....

**mit** ..... **Wochenstunden als Ordinationsassistenz in Ausbildung beschäftigt ist.**

**Art der Ordination/Einrichtung** (zum Ankreuzen und Ergänzen):

- Niedergelassene/r Ärztin/Arzt, Fachrichtung: .....
- Ärztliche Gruppenpraxis, Fachrichtung: .....
- Selbständiges Ambulatorium, Fachrichtung: .....
- Sanitätsbehörde

**Ausbildungsverantwortliche Person bzw. Personen**

(die Teilung der Ausbildungsverantwortung auf 2 Personen ist zulässig):

**1.** .....

Name und Qualifikation der/des 1. Ausbildungsverantwortlichen (zum Ankreuzen):

- Ärztin/Arzt
- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin/Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger

Optional:

**2.** .....

Name und Qualifikation der/des 2. Ausbildungsverantwortlichen (zum Ankreuzen):

- Ärztin/Arzt
- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin/Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger

**Detaillierte Angabe der Tätigkeiten, die durch die Ordinationsassistenten in Ausbildung unter Anleitung und Aufsicht der/des Ausbildungsverantwortlichen durchgeführt werden:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Ich bin mit der Absolvierung der theoretischen Ausbildung in der Ordinationsassistenten von Frau/Herrn ..... an der Ausbildungseinrichtung Ärztekammer für Wien einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Name und Unterschrift der Dienstgeberin/des Dienstgebers

Beilagen (Nachweis des Vorliegens eines Dienstverhältnisses - Anmeldung Gebietskrankenkasse, Dienstvertrag)

Auszufüllen durch die Ausbildungseinrichtung in der Ordinationsassistenten:

**Anhand der erhobenen Daten und der vorgelegten Unterlagen ist davon auszugehen, dass an der genannten Einrichtung die in der Ausbildung zur Ordinationsassistenten vorgesehenen Kenntnisse und Fertigkeiten erworben werden können.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift der/des fachspezifischen und organisatorischen Leiter/in der Ausbildung