

Ergänzende Angaben zum Berufsausbildungsverhältnis



ÄRZTEKAMMER BERLIN

Die Ärztekammer Berlin ist gemäß §§ 10, 11, 88 Berufsbildungsgesetz verpflichtet, die folgenden Angaben zu erheben. Freiwillige Angaben sind gekennzeichnet.

A Fragen zum/zur Auszubildenden

1. Name des/der Auszubildenden:	<input type="text"/>
2. Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
3. Geburtsdatum und -ort:	<input type="text"/> Geb.-datum <input type="text"/> Geb.-ort
4. Staatsangehörigkeit:	<input type="text"/>
5. Schulbildung:	
Bitte Zutreffendes ankreuzen. Es soll der höchste allgemein bildende Schulabschluss angegeben werden (unabhängig von der Schulart (Hauptschule, Realschule etc.) an der der Abschluss erworben wurde).	
<input type="checkbox"/>	Ohne Hauptschulabschluss
<input type="checkbox"/>	Hauptschulabschluss
<input type="checkbox"/>	Realschul- oder gleichwertiger Abschluss
<input type="checkbox"/>	Hochschul- oder Fachhochschulreife (Abitur)
<input type="checkbox"/>	Im Ausland erworbener Abschluss, sofern dieser nicht den oberen Punkten zugeordnet werden kann
6. Haben Sie bereits eine oder mehrere der folgenden Qualifizierungen abgeschlossen?	
6.1. Berufsvorbereitung/berufliche Grundbildung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bitte Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen möglich. Es sollen nur die berufsvorbereitenden Qualifizierungen und beruflichen Grundbildungen angegeben werden, an denen (voraussichtlich) erfolgreich teilgenommen wurde (wird).	
Betriebliche Qualifizierungsmaßnahme	
mind. 6 Monaten (Einstiegsqualifizierung (EQJ), Praktikum)	<input type="checkbox"/>
Berufsvorbereitungsmaßnahme von mind. 6 Monaten	<input type="checkbox"/>
Schulisches Berufsvorbereitungsjahr (BVJ)	<input type="checkbox"/>
Schulisches Berufsgrundbildungsjahr (BGJ)	<input type="checkbox"/>
Berufsfachschule ohne voll qualifizierenden Berufsabschluss	<input type="checkbox"/>
6.2. Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bitte zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich.	
Berufsausbildung/Lehre mit Ausbildungsvertrag (erfolgreich beendet)	<input type="checkbox"/>
Berufsausbildung/Lehre mit Ausbildungsvertrag (nicht erfolgreich beendet)	<input type="checkbox"/>
Schulische Berufsausbildung mit voll qualifizierendem Berufsabschluss (bitte nur bei erfolgreichem Abschluss abgeben)	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen:	
- <u>erfolgreich beendet</u> : Dies gilt auch dann, wenn Sie nach einer abgeschlossenen zweijährigen Berufsausbildung einen neuen Ausbildungsvertrag abschließen, der auf der vorherigen Ausbildung aufgebaut oder in dem die vorherige Ausbildung anerkannt wird.	
- <u>nicht erfolgreich beendet</u> : z. B. vorzeitig gelöster Ausbildungsvertrag, kein Prüfungserfolg. Dies gilt auch dann, wenn Sie den jetzigen Ausbildungsvertrag im selben Beruf abschließen.	
- Voll qualifizierende Berufsausbildung: Es ist ein Abschluss an einer beruflichen Schule (z. B. Berufsfachschule oder Schule des Gesundheitswesens, nicht aber Universität/Fachhochschule) erforderlich. Bei einem vorzeitigen Abbruch der schulischen Berufsausbildung kreuzen Sie dieses Feld bitte nicht an.	
7. Falls die Ausbildung wegen einer Vorbildung von der Ärztekammer Berlin verkürzt werden soll:	
Folgende vorbereitungsbezogenen Unterlagen werden vorgelegt:	
<input type="text"/>	
8. Bei minderjährigen Auszubildenden:	
Die Bescheinigung der Erstuntersuchung ist beigelegt.	<input type="checkbox"/> Ja

B Fragen zur Ausbildungsstätte bzw. zum Ausbildungsvertrag

1. Name des/der ausbildenden Arztes/Ärzte:	
<p>Anmerkung: Ausbilder ist die Person, die die Ausbildungsinhalte in der Ausbildungsstätte unmittelbar, verantwortlich und im wesentlichen Umfang vermittelt. Der Ausbilder muss persönlich und fachlich geeignet sein.</p>	
2. Unter der Verantwortung des/der Arztes/Ärztin (s. Pkt. 3.) ausbildendes medizinisches Assistenzpersonal: (freiwillige Angabe) _____	
3. Angaben zum Personal in der Ausbildungspraxis:	
- Anzahl der Auszubildenden (einschließlich geplanter Neueinstellungen):	_____
- Gesamtzahl der Ärzte:	_____
- Gesamtzahl des medizinischen Assistenzpersonals (Arzthelferinnen/ Med. Fachangestellte):	_____
4. Wird dieses Ausbildungsverhältnis überwiegend öffentlich gefördert? (d. h. zu mehr als 50 % der Gesamtkosten im 1. Ausbildungsjahr)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bitte zutreffendes ankreuzen.	
- Sonderprogramm des Bundes/Landes	<input type="checkbox"/>
- außerbetriebliche Berufsausbildung (§ 241 Abs. 2 SGB III)	<input type="checkbox"/>
- außerbetriebliche Berufsausbildung (Reha, § 100 Nr. 5 SGB III)	<input type="checkbox"/>
5. Wurde eine Vereinbarung zur Verkürzung der täglichen oder wöchentlichen Ausbildungszeit getroffen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6. Gehört Ihre Ausbildungsstätte zum öffentlichen Dienst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. Bilden Sie erstmals aus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. Sind seit der letzten Einstellung einer/eines Auszubildenden mehr als zwei Jahre vergangen? (freiwillige Angabe)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben unter A. und B. wird bestätigt: Die Angaben sind von dem/ der/den Ausbildenden zu bestätigen. Es muss mindestens eine Person unterzeichnen, die auch den Ausbildungsvertrag unterzeichnet hat.

Berlin,

Ort, Datum

Akad. Grad

Name, Vorname der unterzeichnenden Person/en (Druckschrift)

Unterschrift

Akad. Grad

Name, Vorname der unterzeichnenden Person/en (Druckschrift)

Unterschrift

Akad. Grad

Name, Vorname der unterzeichnenden Person/en (Druckschrift)

Unterschrift