

Berufsausbildungsvertrag (Medizinische:r Fachangestellte:r)

<p>Ausbildende:r / Ausbildungsstätte</p> <hr/> <p>Akad. Grad Vorname Name</p> <hr/> <p>Akad. Grad Vorname Name</p> <hr/> <p>Straße</p> <hr/> <p>PLZ Ort der Ausbildungsstätte</p> <hr/> <p>Telefonnummer Faxnummer</p>	<p align="center">Ausübungs-/Rechtsform Ausbildungende:r / Ausbildungsstätte</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Kassenärztliche Niederlassung <input type="checkbox"/> Privatärztliche Niederlassung</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis) <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) <input type="checkbox"/> Eingetragene Partnerschaftsgesellschaft <input type="checkbox"/> Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), Aktiengesellschaft (AG), eingetragener Verein <input type="checkbox"/> Körperschaft, Stiftung, Anstalt des Öffentlichen Rechts</p> <p>d. <input type="checkbox"/> Sonstige Einrichtung mit Rechtsform: _____</p>
<p>Auszubildende:r <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</p> <hr/> <p>Vorname Name Geburtsname</p> <hr/> <p>Geburtsdatum Geburtsort Staatsangehörigkeit</p> <hr/> <p>Straße</p> <hr/> <p>PLZ Ort</p> <hr/> <p>Telefonnummer E-Mail</p>	<p align="center">Gesetzliche Vertretung (z. B. bei Minderjährigkeit)</p> <p><input type="checkbox"/> Mutter und Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Amtsvormund</p> <hr/> <p>Vorname Name Vertretungsberechtigte:r (Mutter/Vater/Vormund)</p> <hr/> <p>Anschrift: Straße PLZ Ort</p> <hr/> <p>Vorname Name Vertretungsberechtigte:r (Mutter/Vater/Vormund)</p> <hr/> <p>Anschrift: Straße PLZ Ort</p>

Die Parteien des Berufsausbildungsvertrages vereinbaren:

1.	Beginn der Ausbildung: ____ . ____ . 20 ____	2.	Ende der Ausbildung: ____ . ____ . 20 ____																		
3.	Absolvierte Ausbildungszeit (Medizinische:r Fachangestellte:r) soll im Umfang von ____ Monaten angerechnet werden.																				
4.	Das Ausbildungsverhältnis soll gekürzt werden um	<input type="checkbox"/> 6 Monate	<input type="checkbox"/> 12 Monate	<input type="checkbox"/> ____ Monate																	
Grund (bitte nachweisen):																					
5.	Probezeit	<input type="checkbox"/> 1 Monat	<input type="checkbox"/> 2 Monate	<input type="checkbox"/> 3 Monate	<input type="checkbox"/> 4 Monate																
6.	Regelmäßige tägliche Ausbildungszeit	<input type="checkbox"/> 7 Stunden	<input type="checkbox"/> 7,7 Stunden	<input type="checkbox"/> 7,8 Stunden	<input type="checkbox"/> 8 Stunden																
		<input type="checkbox"/>	Die Ausbildung wird in Teilzeit absolviert mit ____ Stunden. Die Ausbildungszeit verlängert sich entsprechend der Reduzierung der täglichen bzw. wöchentlichen Ausbildungszeit.																		
7.	Ausbildungsvergütung brutto monatlich, jährlich ansteigend <i>Bitte eine Alternative auswählen!</i>	<input type="checkbox"/>	Die Höhe der monatlichen Ausbildungsvergütung richtet sich nach dem jeweils geltenden Gehaltstarifvertrag für MFA/AH.																		
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th align="center">ab 01.01.2021</th> <th align="center">ab 01.01.2022</th> <th align="center">ab 01.01.2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Ausbildungsjahr</td> <td align="center">880,00 €</td> <td align="center">900,00 €</td> <td align="center">920,00 €</td> </tr> <tr> <td>2. Ausbildungsjahr</td> <td align="center">935,00 €</td> <td align="center">965,00 €</td> <td align="center">995,00 €</td> </tr> <tr> <td>3. Ausbildungsjahr</td> <td align="center">995,00 €</td> <td align="center">1.035,00 €</td> <td align="center">1.075,00 €</td> </tr> </tbody> </table>					ab 01.01.2021	ab 01.01.2022	ab 01.01.2023	1. Ausbildungsjahr	880,00 €	900,00 €	920,00 €	2. Ausbildungsjahr	935,00 €	965,00 €	995,00 €	3. Ausbildungsjahr	995,00 €	1.035,00 €	1.075,00 €
	ab 01.01.2021	ab 01.01.2022	ab 01.01.2023																		
1. Ausbildungsjahr	880,00 €	900,00 €	920,00 €																		
2. Ausbildungsjahr	935,00 €	965,00 €	995,00 €																		
3. Ausbildungsjahr	995,00 €	1.035,00 €	1.075,00 €																		
		<input type="checkbox"/>	Ausbildungsvergütung abweichend vom Gehaltstarifvertrag MFA/AH:																		
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;">_____ € im</td> <td style="width:33%; text-align: center;">_____ € im</td> <td style="width:33%; text-align: center;">_____ € ab dem</td> </tr> <tr> <td align="center">1. Ausbildungsjahr</td> <td align="center">2. Ausbildungsjahr</td> <td align="center">3. Ausbildungsjahr</td> </tr> </table>				_____ € im	_____ € im	_____ € ab dem	1. Ausbildungsjahr	2. Ausbildungsjahr	3. Ausbildungsjahr										
_____ € im	_____ € im	_____ € ab dem																			
1. Ausbildungsjahr	2. Ausbildungsjahr	3. Ausbildungsjahr																			

8.	Urlaub im Kalenderjahr in Arbeitstagen	8.1. ___ Tage im Jahr 20 ___	8.2. ___ Tage im Jahr 20 ___	8.5. (nur bei Teilzeit) ___ Tage im Jahr 20 ___
		8.3. ___ Tage im Jahr 20 ___	8.4. ___ Tage im Jahr 20 ___	
9.	Die Ausbildung richtet sich nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006. Es wird im Wesentlichen nach dem Musterausbildungsplan der Ärztekammer Berlin (Stand: 12/2010) ausgebildet. Der Musterausbildungsplan ist der betriebliche Ausbildungsplan. <input type="checkbox"/> Von der sachlichen/zeitlichen Gliederung des Musterausbildungsplans (Stand: 12/2010) wird abgewichen. Der die Ausbildung zeitlich und inhaltlich gliedernde betriebliche Ausbildungsplan liegt als Anlage bei.			
10.	Rotation Pflichtrotation nach Vorgabe der Ärztekammer Berlin oder freiwillige Rotation	<input type="checkbox"/> 3 Monate	<input type="checkbox"/> 6 Monate	<input type="checkbox"/> ___ Monate
11.	Optional: Soweit in diesem Vertrag nichts anderes vereinbart ist, sind auf das Ausbildungsverhältnis anzuwenden:			
	<input type="checkbox"/> Manteltarifvertrag MFA/AH	<input type="checkbox"/> Gehaltstarifvertrag MFA/AH	Tarifverträge/Betriebs-/Dienstvereinbarungen: _____	
12.	Die Ausbildung findet in der Ausbildungsstätte, der Berufsschule und im Rahmen der Überbetrieblichen Ausbildung der Ärztekammer Berlin statt.			
13.	Während der Probezeit kann das Berufsausbildungsverhältnis jederzeit ohne Einhalten einer Kündigungsfrist gekündigt werden. Nach der Probezeit kann das Berufsausbildungsverhältnis nur gekündigt werden			
14.	<ul style="list-style-type: none"> • aus einem wichtigen Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist, • vom Auszubildenden mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen, wenn er die Berufsausbildung aufgeben oder sich für eine andere Berufstätigkeit ausbilden lassen will. 			
15.	Die Ausbildungsvergütung bemisst sich nach Monaten. Bei Berechnung der Vergütung für einzelne Tage wird der Monat zu dreißig Tagen gerechnet. Dem/Der Auszubildenden wird die Vergütung auch gezahlt für			
	<ul style="list-style-type: none"> • die Zeit der Freistellung für die Teilnahme am Berufsschulunterricht, Prüfungen und Ausbildungsmaßnahmen außerhalb der Ausbildungsstätte (überbetriebliche Maßnahme) • bis zur Dauer von 6 Wochen, wenn er/sie sich für die Berufsausbildung bereit hält, diese aber ausfällt oder er/sie aus einem sonstigen, in seiner/ihrer Person liegenden Grund unverschuldet verhindert ist, seine/ihre Pflichten aus dem Berufsausbildungsverhältnis zu erfüllen. 			
15.	Weitere Nebenabreden, Ergänzungen, Veränderungen, die das Berufsausbildungsverhältnis betreffen, bedürfen zur Rechtswirksamkeit der Schriftform und sind der Ärztekammer Berlin unverzüglich anzuzeigen.			
Der Vertrag ist von sämtlichen im Eingang bezeichneten Ausbildenden zu unterzeichnen. Die Unterschrift einzelner Personen reicht aus, wenn diese befugt sind, den/die (übrigen) Auszubildende/n alleine oder mit anderen gemeinsam rechtsverbindlich zu vertreten, oder wenn diese bevollmächtigt sind, diesen Vertrag zu unterzeichnen.		Der Vertrag ist von sämtlichen im Eingang bezeichneten Personen zu unterschreiben (Auszubildende:r und ggf. gesetzliche Vertretung). Die Unterzeichnung durch ein Elternteil reicht aus, soweit es die elterliche Sorge allein ausübt oder ihm die Entscheidung gerichtlich übertragen ist.		
_____ Ort, Datum		_____ Ort, Datum		
_____ Vorname Name Vertragspartner:in/Vertretungsberechtigte:r (in Druckbuchstaben, Unterschrift)		_____ Unterschrift des/der Auszubildenden		
_____ Vorname Name Vertragspartner:in/Vertretungsberechtigte:r (in Druckbuchstaben, Unterschrift)		_____ Unterschrift Vertretungsberechtigte:r (Mutter/Vater/Vormund)		
_____ Vorname Name Vertragspartner:in/Vertretungsberechtigte:r (in Druckbuchstaben, Unterschrift)		_____ Unterschrift Vertretungsberechtigte:r (Mutter/Vater/Vormund)		

Der Vertrag ist in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen.

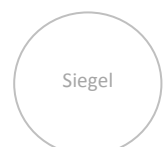
Eintragungsvermerk Ärztekammer Berlin

Reg.-Nr.: _____

ZP Frühjahr 20 ____ / Herbst 20 ____

AP Sommer 20 ____ / Winter 20 ____ / ____

Datum, Unterschrift Ärztekammer Berlin



Ergänzende Pflichtangaben zum Berufsausbildungsverhältnis

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Angaben zur/zum Auszubildenden

Höchster allgemeinbildender Schulabschluss	
1. <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss	<input type="checkbox"/> (erweiterte) Berufsbildungsreife Hauptschulabschluss
<input type="checkbox"/> Abitur / Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/> Mittlerer Schulabschluss
<input type="checkbox"/> Im Ausland erworbener Abschluss sofern nicht den anderen Punkten zuordenbar	
Berufsvorbereitung/berufliche Grundbildung vorhanden: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Zutreffendes bitte ankreuzen:	
<input type="checkbox"/> Einstiegsqualifizierung (EQJ), Praktikum (mind. 6 Monate)	<input type="checkbox"/> Berufsfachschule ohne voll qualifizierenden Berufsabschluss
<input type="checkbox"/> Schulisches Berufsvorbereitungsjahr (BVJ)	<input type="checkbox"/> Schulisches Berufsgrundbildungsjahr (BGJ)
<input type="checkbox"/> Berufsvorbereitungsmaßnahme (mind. 6 Monate)	
Berufsausbildung vorhanden: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Zutreffendes bitte ankreuzen:	
<input type="checkbox"/> Ausbildung mit Vertrag (erfolgreich beendet)	<input type="checkbox"/> Ausbildung mit Vertrag (nicht erfolgreich beendet)
<input type="checkbox"/> Studium (erfolgreich beendet)	<input type="checkbox"/> Studium (nicht erfolgreich beendet)
<input type="checkbox"/> Schulische Berufsausbildung mit voll qualifizierendem Berufsabschluss (erfolgreich beendet)	
<input type="checkbox"/> Schulische Berufsausbildung mit voll qualifizierendem Berufsabschluss (nicht erfolgreich beendet)	

Angaben zur Ausbildungsstätte bzw. zum Ausbildungsvertrag

4.	Ausbildende:r Ärzt:in	_____		
		Ärzt:in, der/die Ausbildungsinhalte unmittelbar, verantwortlich und im wesentlichen Umfang vermittelt		
5.	Anzahl Auszubildende einschließlich Neueinstellung _____	Anzahl Umschüler:innen einschließlich Neueinstellung _____	Sonstige z. B. Praktikant:innen _____	
6.	Medizinisches Personal/Assistenzpersonal	Anzahl Vollzeit	Summe Std. Vollzeit	Anzahl Teilzeit
	Ärzt:innen	_____	_____	_____
	Arztshelfer:innen, Medizinische Fachangestellte	_____	_____	_____
	Gesundheits-/Kinder-/Krankenpfleger:innen	_____	_____	_____
	Sonstige (bitte benennen):	_____	_____	_____
7.	Gehört Ihre Ausbildungsstätte zum öffentlichen Dienst?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
8.	Wird das Ausbildungsverhältnis überwiegend öffentlich gefördert? mehr als 50 % der Gesamtkosten im 1. Ausbildungsjahr	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Zutreffendes bitte ankreuzen:		
	<input type="checkbox"/> Sonderprogramm Bund/Land	<input type="checkbox"/> außerbetriebliche Berufsausbildung Ausbildung für sozial Benachteiligte / Lernbeeinträchtigte, nach SGB III		
	<input type="checkbox"/> außerbetriebliche Berufsausbildung (Ausbildung für Menschen mit Behinderung / Reha, nach SGB III)			

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Akad. Grad / Name / Vorname / Unterschrift
einer/eines ausbildenden Vertragsunterzeichnenden

Stempel der Ausbildungsstätte