

## Hinweise zum Ausfüllen des Ausbildungsvertrages

- Bitte nutzen Sie zum Abschluss eines Ausbildungsvertrages das **Vertragsmuster** der Ärztekammer Berlin.
- Gerne geben wir Ihnen noch weitere Informationen zum Ausfüllen:

### **Betriebsnummer**

Jede:r Arbeitgeber:in benötigt für das Meldeverfahren der Sozialversicherung eine Betriebsnummer, die durch die Bundesagentur für Arbeit vergeben wird. Erfragen Sie diese Nummer bitte bei Ihrem Steuerbüro. Haben Sie noch keine Betriebsnummer, können Sie diese bei der Agentur für Arbeit beantragen: <https://www.arbeitsagentur.de/unternehmen/betriebsnummern-service>. **Die Ärztekammer Berlin ist gesetzlich verpflichtet, die Betriebsnummer (8stellig) im Ausbildungsvertrag zu erfassen.**

**Achtung:** Die Betriebsnummer ist nicht mit der Betriebsstätten-Nummer (BSNR) zu verwechseln, welche durch die Kassenärztliche Vereinigung vergeben wird.

### **Punkt 1 des Vertrages – Beginn | Dauer**

Beginn der Ausbildung ist in der Regel im Zeitraum **1. Februar bis 1. März** oder **1. August bis 1. September**

- Wir empfehlen nachdrücklich, mit der Ausbildung innerhalb der angegebenen Zeiträume zu beginnen. Nur so kann eine passende Beschulung erfolgen und die Abschlussprüfung innerhalb der 36-monatigen Ausbildungszeit abgelegt werden.

Die Ausbildungszeit beträgt 36 Monate. Das Ende wird von der Ärztekammer Berlin unter Berücksichtigung möglicher Anrechnungen und Abkürzungen taggenau festgestellt.

### **Punkt 3 des Vertrages – Abkürzung**

Eine Abkürzung der Ausbildungsdauer ist möglich, wenn zu erwarten ist, dass das Ausbildungsziel auch in der gekürzten Ausbildungsdauer erreicht wird. Bei Abitur, Fachhochschulreife oder einer abgeschlossenen Ausbildung können z. B. 6 Monate abgekürzt werden. Bitte legen Sie einen beglaubigten Nachweis für den Abkürzungsgrund bei (z. B. Abiturzeugnis).

### **Punkt 4 des Vertrages – Regelmäßige tägliche Ausbildungszeit**

Die regelmäßige tägliche Ausbildungszeit liegt zwischen 7 und 8 Stunden. Bitte wählen Sie aus. Die Ausbildung kann auch ganz oder teilweise in Teilzeit absolviert werden. Die Ausbildungszeit verlängert sich entsprechend der Reduzierung der täglichen bzw. wöchentlichen Ausbildungszeit.

### **Punkt 5 des Vertrages – Probezeit**

Die Probezeit beträgt mind. 1 Monat und max. 4 Monate.

**Punkt 6 des Vertrages – Urlaub**

Der Urlaub kann nach Gesetz oder nach Tarif gewährt werden und ist abhängig vom Alter der Auszubildenden. Er wird in Arbeitstagen (5-Tage-Woche) oder Werktagen (6-Tage-Woche) pro Kalenderjahr vereinbart. Im Jahr des Beginns und des Endes der Ausbildung ist ggf. nur anteiliger Urlaub zu gewähren.

<b>Tariflicher Urlaubsanspruch</b>	28 Arbeitstage
<b>Gesetzlicher Urlaubsanspruch</b>	
noch nicht 16 Jahre alt	25 Arbeitstage
noch nicht 17 Jahre alt	23 Arbeitstage
noch nicht 18 Jahre alt	21 Arbeitstage
Volljährig	20 Arbeitstage

**Punkt 7 des Vertrages – Ausbildungsplan**

Sie müssen auf der Grundlage des Ausbildungsrahmenplans einen Ausbildungsplan erstellen. Sie können den Musterausbildungsplan „Medizinische:r Fachangestellte:r, Ärztekammer Berlin“ verwenden. Eine vom Ausbildungsrahmenplan abweichende sachliche und zeitliche Gliederung der Ausbildungsinhalte ist zulässig, soweit betriebspraktische Besonderheiten dies erfordern. Können Sie in der Ausbildungspraxis nicht alle Ausbildungsinhalte vermitteln, achten Sie darauf, dass Defizite in einer anderen Praxis vermittelt werden (Rotation).

**Punkt 8 des Vertrages – Ausbildungsvergütung**

Die Ausbildungsvergütung muss angemessen sein und je Ausbildungsjahr ansteigen. Es empfiehlt sich eine Orientierung an der Tarifvergütung.

**Unterschriften und Einreichung der Vertragsunterlagen in der Ärztekammer Berlin**

Alle im Vertrag bezeichneten Vertragsparteien (ausbildende Ärzt:innen und die/der Auszubildende) müssen den Vertrag unterschreiben. Bei minderjährigen Auszubildenden müssen zusätzlich alle gesetzlichen Vertreter:innen unterzeichnen. Bitte reichen Sie eine Kopie des Ausbildungsvertrages bei der Ärztekammer Berlin ein.

**Kontakt**

Ärztekammer Berlin

Abteilung 3 – Schwerpunkt Berufsbildung

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

T: +49 30 408 06 - 26 26

F: +49 30 408 06 - 26 99

E: MedF@aekb.de

I: [www.aekb.de](http://www.aekb.de)

Ärzt  
kammer  
Berlin  
Abteilung 3 - Schwerpunkt Berufsbildung  
Friedrichstraße 16  
10969 Berlin

Ansprechpartner Abteilung 3 - Berufsbildung

Telefon 0 30 / 4 08 06 - 26 26  
Zentrale 0 30 / 4 08 06 - 0  
Fax 0 30 / 4 08 06 - 26 99

E-Mail medf@aekb.de

Internet www.aekb.de

### Antrag auf Eintragung eines Ausbildungsvertrages zur/zum Medizinischen Fachangestellten

Hiermit beantrage ich / beantragen wir die Eintragung des Berufsausbildungsvertrages in das Verzeichnis der Ärztekammer Berlin mit:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Die Ausbildung wurde in einer anderen Einrichtung begonnen und wird bei mir/uns weitergeführt.

### Folgende Unterlagen liegen dem Antrag bei (Bitte auf Vollständigkeit achten!):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ausbildungsvertrag        | → <b>1x in Kopie</b><br>Der Original-Vertrag muss von allen Vertragspartner:innen unterzeichnet worden sein (bei Minderjährigkeit zusätzlich von der gesetzlichen Vertretung).<br>→ Bei Abkürzung: entsprechender Nachweis (z. B. Abiturzeugnis) |
| <input type="checkbox"/> Ergänzende Pflichtangaben | → <b>1x im Original</b><br>→ Unterschrift und Stempel der Ausbildungsstätte  |
| <input type="checkbox"/> Bei Minderjährigkeit      | → Nachweis über durchgeführte <b>Jugendarbeitsschutzuntersuchung</b><br>Bescheinigung für den Arbeitgeber in Kopie – nicht älter als 14 Monate   |

**Hinweise:** Der Antrag auf Eintragung ist unverzüglich nach Abschluss des Berufsausbildungsvertrages, spätestens vor Beginn der Berufsausbildung zu stellen. Für die Eintragung des Ausbildungsvertrages wird eine Gebühr entsprechend der Gebührenordnung der Ärztekammer Berlin erhoben. Die Gebühr wird mit Antragstellung fällig. Einen Gebührenbescheid erhalten Sie nach Bearbeitung Ihres Antrages.

x

Stempel der Ausbildungsstätte

Datum, Unterschrift Antragsteller:in

**MEDIZINISCHE:R FACHANGESTELLTE:R**

**A. Ausbildende:r (Vertragspartner:in)**

Betriebsnummer (8stellig) \_\_\_\_\_

Praxis   MVZ   Betrieb   Unternehmen			
Straße		HausNr.	
PLZ		Ort	
Telefon		Fax	
E-Mail			
Rechtsform	<input type="checkbox"/> Einzelunternehmer:in <input type="checkbox"/> GbR (Gesellschaft bürgerlichen Rechts) <input type="checkbox"/> Eingetragene Partnerschaftsgesellschaft <input type="checkbox"/> GmbH (Gesellschaft mit beschränkter Haftung) <input type="checkbox"/> Europäische Gesellschaft <input type="checkbox"/> AG (Aktiengesellschaft) <input type="checkbox"/> UG (Unternehmergeellschaft) <input type="checkbox"/> KG (Kommanditgesellschaft) <input type="checkbox"/> eV (eingetragener Verein) <input type="checkbox"/> eG (eingetragene Gesellschaft) <input type="checkbox"/> Körperschaft des öffentlichen Rechts <input type="checkbox"/> Anstalt des öffentlichen Rechts <input type="checkbox"/> Stiftung	Niederlassungsform	<input type="checkbox"/> Kassenärztliche Niederlassung <input type="checkbox"/> Privatärztliche Niederlassung <input type="checkbox"/> Kassen- und privatärztliche Niederlassung
		Ausübungsform	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis) <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

**B. Ausbildungsstätte (wenn abweichend vom Betriebssitz unter A.)**

Betriebsnummer (8stellig) \_\_\_\_\_

Bezeichnung			
Straße		HausNr.	
PLZ		Ort	

**C. Ausbilder:in (für die Ausbildung verantwortliche:r Ärzt:in)**

Titel	Name	Vorname
-------	------	---------

**D. Auszubildende:r (Vertragspartner:in)**

Name	Vorname
Geburtsname	Geburtsdatum
Geburtsort	Geburtsland
Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d	Staatsangehörigkeit
Straße	HausNr.
PLZ	Ort
Telefon	E-Mail

## E. Gesetzliche Vertretung z. B. bei Minderjährigkeit

<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Mutter und Vater	<input type="checkbox"/> Vormund
<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> sonstige:r Erziehungsberechtigte:r	<input type="checkbox"/> Amtsvormund
<b>Vertretung 1</b>		<b>Vertretung 2</b>
<b>Vorname 1</b>		<b>Vorname 2</b>
<b>Name 1</b>		<b>Name 2</b>
<b>Straße 1</b>		<b>Straße 2</b>
<b>HausNr. 1</b>		<b>HausNr. 2</b>
<b>PLZ 1</b>		<b>PLZ 2</b>
<b>Ort 1</b>		<b>Ort 2</b>

### Die Vertragspartner:innen des Berufsausbildungsvertrages vereinbaren:

<b>1. Beginn   Dauer</b>	Die Ausbildung dauert <b>36 Monate</b> . Das Ende wird von der Ärztekammer Berlin unter Berücksichtigung von Anrechnungen und Abkürzungen (2. & 3.) festgelegt.		
<b>2. Anrechnung</b> bei Wechsel der Ausbildungsstätte	Bereits absolvierte Ausbildungszeit zur/zum Medizinischen Fachangestellten soll angerechnet werden:	<input type="checkbox"/> in vollem Umfang <input type="checkbox"/> im Umfang von _____ Monaten und _____ Tagen	
<b>3. Antrag auf Abkürzung</b>	Die Ausbildungsdauer soll aus dem nachfolgenden Grund gekürzt werden. <b>Nachweise</b> für den Abkürzungsgrund werden der Ärztekammer Berlin eingereicht. <i>Bitte gewünschte Abkürzung in Monaten ODER als Datum angeben!</i>		
	Grund:	<input type="checkbox"/> Abitur (Hinweis: max. 6 Monate) <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife (Hinweis: max. 6 Monate) <input type="checkbox"/> Sonstige (bitte angeben): _____	
	Gewünschte Abkürzung in Monaten gesamt: _____	Gewünschte Abkürzung auf Datum: _____	
<b>4. Regelmäßige tägliche Ausbildungszeit</b>	<input type="checkbox"/> 7 Stunden (35 Std. wöchentlich) <input type="checkbox"/> 7,7 Stunden (38,5 Std. wöchentlich) <input type="checkbox"/> 7,8 Stunden (39 Std. wöchentlich) <input type="checkbox"/> 8 Stunden (40 Std. wöchentlich)	<input type="checkbox"/> Die Ausbildung wird in Teilzeit absolviert mit _____ Stunden täglich. <input type="checkbox"/> Die Ausbildungsdauer verlängert sich entsprechend der Reduzierung der täglichen / wöchentlichen Ausbildungszeit.	
<b>5. Probezeit</b>	<input type="checkbox"/> 1 Monat	<input type="checkbox"/> 2 Monate	<input type="checkbox"/> 3 Monate <input type="checkbox"/> 4 Monate
<b>6. Urlaub</b> in Arbeitstagen	Jahr: _____ Tage: _____	Jahr: _____ Tage: _____	Jahr: _____ Tage: _____
	Jahr: _____ Tage: _____	Jahr: _____ Tage: _____	
<b>7. Ausbildungsplan</b>	Die Ausbildung richtet sich nach der Verordnung über die Berufsausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006. Es wird nach dem Musterausbildungsplan der Ärztekammer Berlin ausgebildet. Der Musterausbildungsplan ist der betriebliche Ausbildungsplan.		
	<input type="checkbox"/>	Von dem Musterausbildungsplan <b>wird abgewichen</b> . Der die Ausbildung zeitlich und inhaltlich gliedernde betriebliche Ausbildungsplan liegt als Anlage bei.	



ZUM BERUFSAUSBILDUNGSVERHÄLTNIS

Name	Vorname	Geb.-Datum
------	---------	------------

Angaben zur/zum Auszubildenden

<b>1. Höchster allgemeinbildender Schulabschluss</b>		
<input type="checkbox"/> kein Schulabschluss	<input type="checkbox"/> (erweiterte) Berufsbildungsreife Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/> Mittlerer Schulabschluss
<input type="checkbox"/> Abitur / Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/> Im Ausland erworbener Abschluss sofern nicht den anderen Punkten zuordenbar	
<b>2. Berufsvorbereitung/berufliche Grundbildung</b>		
<input type="checkbox"/> Einstiegsqualifizierung (EQJ), Praktikum mind. 6 Monate	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein Zutreffendes bitte ankreuzen
<input type="checkbox"/> Schulisches Berufsvorbereitungsjahr (BVJ)	<input type="checkbox"/> Berufsfachschule ohne voll qualifizierenden Berufsabschluss	
<input type="checkbox"/> Berufsvorbereitungsmaßnahme mind. 6 Monate	<input type="checkbox"/> Schulisches Berufsgrundbildungsjahr (BGJ)	
<b>3. Berufsausbildung vorhanden</b>		
<input type="checkbox"/> Ausbildung mit Vertrag nach BBiG/HwO (erfolgreich beendet)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein Zutreffendes bitte ankreuzen
<input type="checkbox"/> Studium (erfolgreich beendet)	<input type="checkbox"/> Ausbildung mit Vertrag nach BBiG/HwO (nicht erfolgreich beendet)	
<input type="checkbox"/> Schulische Berufsausbildung mit voll qualifizierendem Berufsabschluss (erfolgreich beendet)	<input type="checkbox"/> Studium (nicht erfolgreich beendet)	
<input type="checkbox"/> Schulische Berufsausbildung mit voll qualifizierendem Berufsabschluss (nicht erfolgreich beendet)		

Angaben zur Ausbildungsstätte bzw. zum Ausbildungsvertrag

<b>4. Anzahl Auszubildende</b> einschließlich Neueinstellung	<b>Anzahl Umschüler:innen</b> einschließlich Neueinstellung	<b>Anzahl Sonstige</b> z. B. Praktikant:innen		
<b>5. Medizinisches Assistenzpersonal</b>	<b>Anzahl Vollzeit</b>	<b>Summe Std. Vollzeit</b>	<b>Anzahl Teilzeit</b>	<b>Summe Std. Teilzeit</b>
Ärzt:innen				
Arzthelfer:innen, Medizinische Fachangestellte				
Gesundheits-/Kinder-/Krankenpfleger:innen				
Sonstige bitte benennen:				
<b>6. Gehört Ihre Ausbildungsstätte zum öffentlichen Dienst?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
<b>7. Wird das Ausbildungsverhältnis überwiegend öffentlich gefördert?</b> mehr als 50% der Gesamtkosten im 1. Ausbildungsjahr	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Zutreffendes bitte ankreuzen			
<input type="checkbox"/> Sonderprogramm Bund/Land	<input type="checkbox"/> außerbetriebliche Ausbildung			
<input type="checkbox"/> außerbetriebliche Ausbildung für Menschen mit Behinderung / Reha, nach SGB III	<input type="checkbox"/> Ausbildung für sozial Benachteiligte/ Lernbeeinträchtigte, nach SGB III			

<div style="border: 1px solid gray; width: 100%; height: 100%;"></div> <p>Stempel der Ausbildungsstätte</p>	<p><b>Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird bestätigt.</b></p>
	<p>_____</p> <p>Ort, Datum</p>
	<p>_____</p> <p>Akad. Grad   Name   Vorname   Unterschrift einer / eines ausbildenden Vertragsunterzeichnenden der Ausbildungsstätte</p>