

# ANMELDUNG – Schuljahr 20../..

**Schule für Sozialbetreuungsberufe  
der Caritas für Betreuung und Pflege  
Langbathstraße 44, 4802 Ebensee am Traunsee**

Fach-Sozialbetreuer/in Altenarbeit (4 Sem.)

Fach-Sozialbetreuer/in Behindertenarbeit (4 Sem.)

Diplom-Sozialbetreuer/in Altenarbeit (6 Sem.)

Diplom-Sozialbetreuer/in Behindertenarbeit (6 Sem.)

Diplom-Sozialbetreuer/in Familienarbeit (6 Sem.)

Fach-Sozialbetreuer/in Behindertenbegleitung (4 Sem.)

Diplom-Sozialbetreuer/in Behindertenbegleitung (6 Sem.)

Wohnhaus:  ja  nein

Stiftung:  ja  nein

Name der Stiftung: \_\_\_\_\_

## Bewerber/in

Anrede:  Frau  Herr

Vorname(n): \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Sozialvers.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Hier bitte  
unbedingt  
Foto  
einkleben!**

## Anschrift

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Bundesland: \_\_\_\_\_

## Kommunikation Studierende/r

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Schullaufbahn

Jahre	Schultyp	Name/Ort der Schule
_____	VS	_____
_____	HS	_____
_____	Polyt. Lg.	_____
_____	AHS	_____
_____	BMS	_____
_____	BHS	_____
_____	sonst.	_____

positive 9. Schulstufe:  ja  nein

Höchster Schulabschluss:

\_\_\_\_\_

## Persönliche Daten

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort + Staat: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_

Religionsbekenntnis: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  in Gemeinschaft lebend

verheiratet  geschieden  verwitwet

Anzahl der Kinder: \_\_\_\_\_

## Im Notfall zu verständigende Person

Namen: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Kommunikation Erziehungsberechtigte

(auszufüllen nur für minderjährige Bewerber/innen)

Name(n) d. Erziehungsberechtigten:

\_\_\_\_\_

Mutter

Großmutter

Vater

Großvater

\_\_\_\_\_

sonst.

Telefon +Mail: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

# Gesundheitsfragen

## Schule für Sozialbetreuungsberufe

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Ihrem eigenen Interesse wahrheitsgetreu. Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben unter Datenschutz stehen.

Haben oder hatten Sie Probleme mit der Wirbelsäule?

nein  ja welche \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie Probleme mit den Gelenken?

nein  ja welche \_\_\_\_\_

Haben Sie Probleme mit der Haut?

nein  ja welche \_\_\_\_\_

Bestehen Allergien?

nein  ja welche \_\_\_\_\_

Leiden Sie an folgenden Krankheiten?

KRANKHEITEN	ärztliche Behandlung	welche:
Asthma <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kopfschmerzen/Migräne <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes mellitus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Chronische Erkrankungen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Erkrankungen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Depression <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Essstörungen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
andere psych. Krankheiten <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Bestand bei Ihnen schon einmal der Verdacht auf Tuberkulose, Hepatitis oder andere schwere infektiöse Erkrankungen?

nein  ja wann und welche \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein  ja welche \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal einen Unfall mit schweren Verletzungen?

nein  ja wann und welche \_\_\_\_\_

Bestehen bei Ihnen Einschränkungen des Hörvermögens?

nein  ja welche \_\_\_\_\_

Bestehen bei Ihnen Einschränkungen der Sehleistung?

nein  ja welche \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung – Kaliumjodidtabletten**  
(auszufüllen nur für minderjährige Bewerber/innen)

Ich nehme zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn

\_\_\_\_\_

- Kaliumjodidtabletten** erhält (im Katastrophenfall nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten

**Hinweis zu den Impfungen:**

Die Impfungen gegen **Mumps, Masern, Röteln (MMR)** und **Varizellen (Windpocken)** sind notwendig, um die Pflichtpraktika in den Krankenhäusern absolvieren zu können. Bitte um Nachweis im Impfpass. Bei bereits durchgemachten Infektionen ist ein Immunitätsnachweis durch eine Titerbestimmung vorzulegen.

Die **Impfung gegen Hepatitis B** wird laut WHO und dem österreichischen Impfplan **empfohlen**.

Besonders wichtig ist diese Impfung für **Risikopersonen**, zu denen alle in medizinischen Berufen tätigen Personen – auch Studierende dieser Berufe – zählen.

**Daher wird diese Impfung zu Ausbildungsbeginn über die Schule organisiert.**

**Einwilligung Art. 6 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)**

Ich gebe gemäß Art. 6 DSGVO die Einwilligung, dass die oben angeführten personenbezogenen Daten und Fotos ausschließlich für schulische und organisatorische Zwecke teilweise oder vollständig verarbeitet werden dürfen (Klassenlisten, Praktikumslisten, etc.).

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Bewerberin/des Bewerbers bzw.  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

## Beizulegende Dokumente

- Lebenslauf (inkl. einschlägige Praktikumserfahrungen)
- Staatsbürgerschaftsnachweis (in Kopie)
- Geburtsurkunde (in Kopie)
- Heiratsurkunde (in Kopie)
- Strafregisterauszug im Original (beim Aufnahmetag nicht älter als 3 Monate)
  
- Abschlusszeugnis 8. Schulstufe (in Kopie)
- Abschlusszeugnis 9. Schulstufe (in Kopie)
- Abschlusszeugnis Berufs- bzw. Schulausbildung (in Kopie)
- Dienstzeugnisse (in Kopie)
  
- Beurteilung des Schnupperpraktikums im Original  
(unsere Vorlage verwenden) bis spätestens Schulbeginn abgeben
- Ärztliches Zeugnis im Original (unsere Vorlage verwenden und  
beim Aufnahmetag nicht älter als 3 Monate)
  
- Impfpass unbedingt am 1. Schultag mitnehmen
  
- Aufnahmegebühr € 25,00 (mitzunehmen beim Aufnahmetag)
- Bitte 1 Passfoto auf der ersten Seite dieses Anmeldebogens aufkleben