

# Umschulungsvertrag

## Medizinische/r Fachangestellte/r

(§ 10, 11 Berufsbildungsgesetz)

Bismarckallee 8-12, 23795 Bad Segeberg, www.aeksh.de

Zwischen der/dem Umschulenden (Ärztin/Arzt)/ der Ausbildungsstätte

Name der Ausbildungsstätte	
Name Ausbilder/-in	Vorname Ausbilder/-in
Straße und Hausnummer	
PLZ	Ort
Telefonnummer	Fax
E-Mail Adresse	
Inhaltlich verantwortliche/r Praxisanleiter/-in	

und der/dem Umzuschulenden weiblich  männlich

Name
Vorname
Geburtsname
Geburtsdatum/-ort
Straße und Hausnummer
PLZ
Ort

wird nachstehender Vertrag zur Umschulung im Ausbildungsberuf

\_\_\_\_\_ nach Maßgabe der Ausbildungsordnung geschlossen.

Änderungen des wesentlichen Vertragsinhaltes sind vom Umschulenden unverzüglich zur Eintragung in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein anzuzeigen.

Die beigefügten Angaben zur sachlichen und zeitlichen Gliederung des Ausbildungsablaufes (Ausbildungsplan) sind Bestandteil dieses Vertrages.

A Ausbildungszeit (36 Monate nach Ausbildungsordnung)	
Das Umschulungsverhältnis beginnt am	und endet am
Die vorausgegangene Berufsausbildung/Vorbildung:	
_____	
wird mit <input type="checkbox"/> Monaten angerechnet, bzw. es wird eine entsprechende Verkürzung beantragt.	
<p>(1) Die durchschnittliche wöchentliche Ausbildungszeit richtet sich nach den Bedingungen des Manteltarifvertrages. Derzeit beträgt sie 38,5 Stunden, 7,7 Stunden die tägliche Arbeitszeit.                  (2) Die Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit richtet sich nach den betrieblichen Bedingungen.</p>	

D Überbetriebliche Ausbildung
Die/der Umzuschulende ist verpflichtet, dreimal jeweils fünf Tage an der überbetrieblichen Ausbildung einschließlich Internatsunterbringung in der Akademie der Ärztekammer Schleswig-Holstein teilzunehmen. Des weiteren ist die/der Umzuschulende verpflichtet, zweimal jeweils drei Tage an der erweiterten überbetrieblichen Ausbildung einschließlich Internatsunterbringung teilzunehmen. Die jeweiligen Kosten trägt der Ausbilder.

B Vergütung	
<input type="checkbox"/> Die/der Umzuschulende erhält eine Förderung durch folgenden Kosten-/Rehabilitationsträger:	
_____	
Die/der Umschulende (Ärztin/Arzt) zahlt der/dem Umzuschulenden eine angemessene Vergütung. Soweit ein Kostenträger/Rehabilitationsträger Leistungen gewährt, ist diesem diese Vergütung anzuzeigen. Die Ausbildungsvergütung beträgt (brutto):	
€	
im	ersten Umschulungsjahr      zweites Umschulungsjahr

E Unterschriften
Die umstehenden Vereinbarungen sind Gegenstand des Umschulungsvertrages und werden anerkannt. Ort und Datum
Stempel und Unterschrift Umschulende/r
_____
Unterschrift Umzuschulende/r
_____
Sichtvermerk des Praxisbetriebes
_____
Sichtvermerk des Kostenträgers
_____

C Urlaub				
Die/der Umschulende (Ärztin/Arzt) gewährt der/dem Umzuschulenden den Urlaub nach den geltenden Bestimmungen des Manteltarifvertrages für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen. Es besteht ein Urlaubsanspruch auf				
Urlaub		Arbeitstag/Werk tage		Arbeitstag/ Werk tage
im	Erstes Jahr		Zweites Jahr	Drittes Jahr

Dieser Vertrag ist in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen.	
Datum	Siegel der Ärztekammer
Nummer	
Unterschrift	_____

# Umschulungsvertrag

## Medizinische/r Fachangestellte/r

(§ 10, 11 Berufsbildungsgesetz)

### § 1 – Zweck der Umschulung

1. Mit der Umschulung werden dem Umzuschulenden durch eine den besonderen Erfordernissen der beruflichen Erwachsenenbildung entsprechende Ausbildung mit verkürzter Ausbildungszeit die Kenntnisse und Fertigkeiten des staatlich anerkannten Ausbildungsberufes vermittelt.

### § 2 – Dauer der Umschulung

1. (Dauer) siehe A\*)
2. Bei vorzeitig bestandener Umschulungsprüfung endet das Umschulungsverhältnis am letzten Tag der Prüfung.
3. Eine Verlängerung des Umschulungsverhältnisses kann auf Antrag des Umzuschulenden bei Vorliegen wichtiger Gründe (z. B. Längere Krankheit, Unfall) vereinbart werden, wenn eine solche Verlängerung zum Erreichen des Umschulungszieles notwendig ist. Erhält der Umzuschulende Leistungen zur Förderung der beruflichen Bildung, so soll mit dem Kostenträger bzw. Rehabilitationsträger die Möglichkeit einer weiteren Förderung rechtzeitig geklärt werden.

### § 3 – Dauer der Probezeit

1. Die Dauer der Probezeit beträgt \_\_\_\_\_ Monate.

### § 4 – Pflichten des Umschulenden

1. Der Umschulende verpflichtet sich,
  1. dafür zu sorgen, dass alle Fertigkeiten und Kenntnisse, die zum Erreichen des Umschulungszieles notwendig sind, in erwachsendere Weise vermittelt wird; dabei sind bei der Umschulung für einen anerkannten Ausbildungsberuf, das Ausbildungsberufsbild, der Ausbildungsrahmenplan und die Prüfungsanforderungen, bei der Durchführung von Umschulungsmaßnahmen für andere Berufe, die von der zuständigen Stelle Prüfungen abgenommen werden, die hierfür erlassene Prüfungsanforderungen zugrunde zu legen;
  2. unter Berücksichtigung der Nr. 1 einen Plan für die sachliche und zeitliche Gliederung der Umschulung zu erstellen, der die individuellen und betrieblichen Belange berücksichtigt;
  3. den besonderen Belangen körperlich, geistiger und seelisch Behinderter Rechnung zu tragen;
  4. nur solche Personen mit der Durchführung der Umschulungsmaßnahme zu beauftragen, die nach ihrer Ausbildung und Berufserfahrung dafür qualifiziert sind;
  5. die Maßnahme an Ausbildungsplätzen durchzuführen, die nach Art und Ausstattung dazu geeignet sind;
  6. dem Umzuschulenden alle Lern- und Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen, die zur Durchführung der betrieblichen Umschulung und zum Ablegen von Prüfungen erforderlich sind;
  7. dem Umzuschulenden nur solche Tätigkeiten und Aufgaben zu übertragen, die dem Umschulungszweck dienen;
  8. dem Umzuschulenden zur Teilnahme an Prüfungen und Maßnahmen nach Abs. 2 die erforderliche Zeit zu gewähren.
2. Die Umschulungsmaßnahme schließt folgende weitere Veranstaltungen ein: (siehe D\*)

### § 5 – Pflichten des Umzuschulenden

Der Umzuschulende verpflichtet sich,

1. sich zu bemühen, die notwendigen Fertigkeiten und Kenntnisse zu erwerben;
  2. an alle Maßnahmen nach § 3 regelmäßig teilzunehmen;
  3. aktiv im Rahmen der Umschulung mit anderen Personen, insbesondere den Lehrpersonen, zusammenzuarbeiten und notwendigen Anleitungen zu folgen;
  4. Werkzeuge, Maschinen und die sonstige Ausstattung sorgsam zu behandeln, die Arbeitsschutz- und Unfallverhütungsvorschriften und Regelungen, die die Ordnung des Betriebes betreffen, zu beachten;
  5. an Maßnahmen zur Ermittlung des Ausbildungsstandes teilzunehmen, sofern solche vorgesehen sind;
6. beim Fernbleiben von der Umschulung unter Angabe von Gründen dem Umschulenden unverzüglich Nachricht zu geben.

### § 6 – Vorzeitige Beendigung

Das Umschulungsverhältnis kann von jedem Vertragspartner aus wichtigem Grund gekündigt werden. Als wichtiger Grund für den Umzuschulenden gelten auch soziale und familiäre Schwierigkeiten, der Wegfall der Leistungen eines Kostenträgers/Rehabilitationsträgers sowie Schwierigkeiten, die auf eine Behinderung zurückzuführen sind. Die Kündigung muss schriftlich unter Angabe des Grundes erfolgen.

### § 7 – Wöchentliche Umschulungszeit, Urlaub

1. Die wöchentliche Umschulungszeit siehe A (1)\*). Die Verteilung
2. Urlaub siehe C\*)

### § 8 – Vergütung

siehe B\*)

### § 9 – Zeugnis

Der Umschulende stellt dem Umzuschulenden bei Beendigung der Umschulung ein Zeugnis aus. Es muss Angaben enthalten über die erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten des Umzuschulenden. Auf Verlangen des Umzuschulenden sind auch Angaben über Leistungen, besondere Fähigkeiten und Fertigkeiten aufzunehmen.

### § 10 – Nebenabreden

Rechtswirksame Nebenabreden, die das Umschulungsverhältnis betreffen, können nur durch schriftliche Ergänzung getroffen werden.

\*) Die Buchstaben verweisen auf den entsprechenden Text auf der Vorderseite.



# ANTRAG AUF EINTRAGUNG

## in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse

Die/der Auszubildende ist verpflichtet, unverzüglich nach Abschluss des Vertrages, auf jeden Fall vor Beginn der Ausbildung, die Eintragung in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse bei der Ärztekammer zu beantragen.

Da der Antrag die Grundlage amtlicher Beurkundungen der Ärztekammer bildet, ist es besonders wichtig, dass dieser vollständig und sorgfältig ausgefüllt wird. Sie erleichtern der Kammer so die Bearbeitung Ihres Antrages und ersparen uns Rückfragen. Auszufüllen sind die stark umrandeten Felder des Antrages, und zwar mit Schreibmaschine oder in Blockschrift. Weiterhin ist bei  das jeweils zutreffende anzukreuzen.

### 1. Auszubildende/ Auszubildender

Name, Vorname		weiblich: <input type="checkbox"/>	männlich: <input type="checkbox"/>	Familienstand:
Straße Hausnummer		E-Mail-Adresse:		Telefonnummer privat:
Postleitzahl		Wohnort		
Geburtsdatum		Geburtsort		
Staatsangehörigkeit		Aufenthaltserlaubnis/Arbeitslaubnis nach § 284 SGB III		
Ausbildungsbeginn		Berufsschule		

### 2. Gesetzliche/r Vertreter/in

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort

### 3. Gemäß § 28 (BBiG) soll unter der Verantwortung der Ausbilderin/des Ausbilders folgende Person mitwirken: (Ist die mitwirkende Person kein/e Arzt/Ärztin, empfehlen wir die Prüfung zur Ausbildereignung abzulegen.)

Name, Titel, Vorname	
Straße, Hausnummer (privat)	
Postleitzahl (privat)	Wohnort (privat)
niedergelassen seit:	oder: Tätigkeit als (in der Ausbildungsstätte)

**4. Angaben zur Ausbildungspraxis**

Gesamt zahl/* der Angestellten	Vollzeit	Teilzeit	Gesamtzahl <input type="text"/> der Auszubildenden (einschl. Neuantrag)	Kassenzulassung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Bitte immer ausfüllen!	
davon Arztshelferinnen/Med. Fachangestellte			Beigefügt sind:	Schulzeugnis
MTA			<input type="checkbox"/>	Bescheinigung der Erstuntersuchung nach JuArbG
Gesundheits-und Krankenpfleger/-innen				Unterlagen bei Antrag auf Verkürzung der Ausbildungszeit bzw. Anrechnung anderer Ausbildungszeiten
Sonstige				

**Hinweis:** Bitte nur die grau hinterlegten Felder ausfüllen

**Vier Fragen zum/zur Auszubildenden**

1. Wenn Sie diese Ausbildung beginnen: Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie dann?

a)	ohne Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>	(1)	
b)	Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>	(2)	
c)	Realschulabschluss oder vergleichbarer mittlerer	<input type="checkbox"/>	(3)	
d)	Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>	(4)	
e)	Hochschulreife (Abitur)	<input type="checkbox"/>	(5)	
f)	im Ausland erworbener Abschluss, sofern dieser a-d nicht zugeordnet werden kann (falls Zuordnung	<input type="checkbox"/>	(6)	

2. Wenn Sie diese Ausbildung beginnen: Haben Sie bereits eine oder mehrere der folgenden Qualifizierungen abgeschlossen? (Mehrfachnennungen möglich)

**Berufsvorbereitung, berufliche Grundbildung**

		ja	nein		
a)	a) betriebliche Qualifizierungsmaßnahme von mindestens 6 Monaten Dauer (Einstiegsqualifizierungsjahr (EQ); Qualifizierungsbaustein, Betriebspraktika)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1/0)	
b)	Berufsvorbereitungsmaßnahme von mindestens 6 Monaten Dauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1/0)	
c)	schulisches Berufsvorbereitungsjahr (BVJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1/0)	
d)	schulisches Berufsgrundbildungsjahr (BGJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1/0)	
e)	Berufsfachschule ohne voll qualifizierenden Berufsabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1/0)	

**Berufsausbildung**

		ja	nein		
f)	Berufsausbildung/Lehre mit Ausbildungsvertrag (erfolgreich beendet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1/0)	
g)	Berufsausbildung/Lehre mit Ausbildungsvertrag (nicht erfolgreich abgeschlossen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1/0)	
h)	schulische Berufsausbildung mit voll qualifizierendem Berufsabschluss (bitte nur bei erfolgreichem Abschluss angeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1/0)	

3. Ihre Staatsangehörigkeit? deutsch  andere:

4. In welchem Bundesland liegt Ihr Heimatwohnsitz?

**Vier Fragen zum Betrieb/zur Ausbildungsstätte bzw. zum Ausbildungsvertrag**

5. Wird dieses Ausbildungsverhältnis überwiegend öffentlich gefördert (d.h. zu mehr als 50 %)?

ja  (1) nein  (0)

Falls ja, bitte Art der Förderung angeben (Mehrfachnennungen möglich)

a)	Sonderprogramm des Bundes/Landes	<input type="checkbox"/>	(1)	
b)	außerbetriebliche Berufsausbildung nach § 241 (2) SGB III	<input type="checkbox"/>	(1)	
c)	außerbetriebliche Berufsausbildung – Reha nach § 100 Nr. 5 SGB III	<input type="checkbox"/>	(1)	

6. Wurde eine besondere Vereinbarung zur Verkürzung der täglichen oder wöchentlichen Ausbildungszeit getroffen (so genannte Teilzeitberufsausbildung)? ja  (1) nein  (0)
7. Welchem Wirtschaftszweig gehört Ihr Betrieb an? (Gesundheitswesen)  **85**
8. Gehört Ihr Betrieb zum öffentlichen Dienst? ja  (1) nein  (0)

**Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird bestätigt.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der ausbildenden Ärztin/ des ausbildenden Arztes



# ANLAGE ZUM BERUFSAUSBILDUNGSVERTRAG

Ausbildungsplan für die Ausbildungsstätte im Ausbildungsberuf Medizinische/r Fachangestellte/r

---

Name, Vorname (Auszubildende/r)

---

Name, Vorname (ärztliche/r verantwortliche/r Ausbilder/in)

## Erläuterungen

1. Nach § 6 der Verordnung über die Berufsausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten haben Ausbildende unter Zugrundelegung des Ausbildungsrahmenplans für die Auszubildenden einen Ausbildungsplan zu erstellen.
2. Bei der Aufstellung des Ausbildungsplan sind die persönlichen Voraussetzungen der Auszubildenden, wie z. B. Vorbildung, vorherige Ausbildungszeit sowie die organisatorischen, personellen und strukturellen Gegebenheiten der Praxis zu berücksichtigen.
3. Der/Die ausbildende Arzt/Ärztin trägt dafür Sorge, dass Ausbildungsinhalte, die in der Ausbildungspraxis nicht vermittelt werden können, außerbetrieblich vermittelt werden.
4. Nach § 5 der Ausbildungsverordnung ist eine von dem Ausbildungsrahmenplan abweichende sachliche und zeitliche Gliederung des Ausbildungsinhaltes insbesondere zulässig, soweit betriebspraktische Besonderheiten die Abweichung erfordern. Eine gänzliche Aussparung von Ausbildungsinhalten in der Ausbildungsstätte ist nur möglich, wenn die Inhalte durch geeignete Maßnahmen außerhalb der Ausbildungsstätte vermittelt werden.
5. Der Musterausbildungsplan „Medizinische Fachangestellte, Ärztekammer Schleswig-Holstein, Stand: 2018, gibt die Anlagen 1 und 2 der Ausbildungsverordnung zusammengefasst wieder. Der angegebene Zeitrahmen für die Vermittlung der Lerngebiete schließt Erholungsurlaub, Berufsschulunterricht sowie evtl. Ausbildungsmaßnahmen außerhalb der Praxis mit ein.
6. Mit einer der nachfolgenden Erklärung kommen Sie Ihrer Verpflichtung zur Erstellung eines betrieblichen Ausbildungsplans nach den Vorgaben des Ausbildungsrahmenplans nach.
7. Bitte reichen Sie dieses Erklärungsblatt ausgefüllt und unterschrieben bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein ein und händigen ein Exemplar der/dem Auszubildenden aus.

Bitte wenden.

**Erklärung des/der ausbildenden Arztes/Ärztin/Ärzte  
(Die entsprechende Variante bitte ankreuzen!)**

- Ich/Wir werde/n den/die oben angegebene/n Auszubildende/n im Wesentlichen nach den Vorgaben des Musterausbildungsplans der Ärztekammer Schleswig-Holstein (Stand:2018) ausbilden. Der Musterausbildungsplan ist mein/unser betrieblicher Ausbildungsplan.
- Ich/Wir werde/n von der sachlichen und zeitlichen Gliederung des Musterausbildungsplans der Ärztekammer Schleswig-Holstein (Stand:2018) wesentlich abweichen. Meine/Unsere abweichende sachliche und zeitliche Gliederung der Ausbildungsinhalte habe/n ich/wir in einem Beiblatt niedergelegt. Darin finden sich ggf. auch Angaben über die Vermittlung von Ausbildungsinhalten außerhalb meiner/unserer Ausbildungsstätte. Der Musterausbildungsplan ist mit den vermerkten Abweichungen mein/unser betrieblicher Ausbildungsplan.

Datum

Unterschrift(en) des/der ausbildenden Arztes/Ärztin/Ärzte

Stempel Ausbildungsstätte