



Wirtschaftsförderungsinstitut  
der Wirtschaftskammer Burgenland  
Robert-Graf-Platz 1  
A-7000 Eisenstadt

## Einverständniserklärung Praktische Ausbildung Ordinationsassistenten

(gemäß §25 MABG sowie §15 & §24 MAB- Ausbildungsverordnung in Verbindung mit § 9 MABG  
sowie Anlage 16 MAB – Ausbildungsverordnung)

Frau/Herr ..... geb. am .....,  
wohnhaft in.....

wird im Rahmen der Ausbildung Ordinationsassistenten im WIFI  
Eisenstadt/Oberwart in meiner Ordination

\_\_\_\_\_ in (Adresse) \_\_\_\_\_

ein Praktikum von 325 Stunden (à 60 Minuten) im Zeitraum vom  
..... bis ..... absolvieren.

Die/Der Auszubildende hat im Rahmen ihrer Tätigkeit als Praktikantin zur  
„Ordinationsassistenten“ folgende Tätigkeiten entsprechend der  
Ausbildungsverordnung unter Berücksichtigung der erforderlichen Aufsichts- und  
Anordnungspflichten durchzuführen:

### Hauptaufgaben

1.	Verantwortung für den eigenen Lernprozess übernehmen und sich mitverantwortlich für die Organisation, den Ablauf und die Durchführung des Praktikums zeigen und zielorientiert an den gestellten Aufgaben arbeiten.	
----	---	--

2.	Betreuung der Patienten/Patientinnen.	
3.	Durchführung der für den Betrieb erforderlichen organisatorischen Maßnahmen.	
4.	Administrative Tätigkeiten im Praxisbüro, im Karteiwesen sowie die Korrespondenz mit Versicherungsanstalten und anderen Unternehmen des Gesundheitswesens.	
5.	Assistententätigkeiten bei ärztlichen Maßnahmen.	
6.	Durchführung von standardisierten diagnostischen Programmen.	
7.	Durchführung von standardisierten Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen mittels Schnelltestverfahren.	
8.	Blutentnahme aus den Kapillaren im Rahmen der patientennahen Labordiagnostik.	
9.	Blutentnahme aus der Vene bei Erwachsenen.	
10.	Kontrolle der Praxishygiene, Reinigung, Desinfektion, Sterilisation sowie Abfallentsorgung.	
11.	Wartung der Medizinprodukte und sonstiger Geräte und Behelfe in einer Arztpraxis.	

Der Praktikumsgeber sichert zu, im Rahmen des Praktikums alle relevanten sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen einzuhalten und notwendige An- und Abmeldungen zur Sozialversicherung selbst vorzunehmen.

Ja [ ]

Nein [ ]

Ort \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

Unterschrift Ausbildungsverantwortlicher (Praktikumsgeber):

\_\_\_\_\_