

Formular

Anmeldung für ein Praktikum und Datenschutzerklärung

Bitte einen gewünschten Standort auswählen

- Elisabethinen, Fadingerstraße 1, 4020 Linz
- Barmherzige Schwestern, Seilerstätte 4, 4010 Linz

| Persönlichen Daten | |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Vorname | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Nachname | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Straße & Hausnummer | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| PLZ & Ort | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Staatsangehörigkeit | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Bei Drittstaatenangehörigkeit, gültige Arbeitserlaubnis in Österreich | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein bitte beilegen |
| SV-Nummer / Geburtsdatum | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefonnummer | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mailadresse | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

| Praktikumsbedarf bzw. Status des gewünschten Aufenthalts | |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Sonderausbildung für: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| <input type="checkbox"/> | Weiterbildung für: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| <input type="checkbox"/> | Medizinisch Technische Dienste / Ausbildung anderer Gesundheitsberufe: (zB.: Radiologietechnologie, Physiotherapie, Diätologie, Hygiene usw.) Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| <input type="checkbox"/> | Gehobener Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege (BSc oder Diplom) Semester/Ausb.Jahr: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| <input type="checkbox"/> | Pflegfachassistenz <input type="checkbox"/> Pflegeassistenz Ausb.-Jahr: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| <input type="checkbox"/> | Operationstechnische Assistenz (OTA) <input type="checkbox"/> Operationsassistenz Ausb.-Jahr: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| <input type="checkbox"/> | Hospitation |
| <input type="checkbox"/> | Andere Berufspraktika (zB.: Küche, IT usw.): Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

| Gewünschter Bereich | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Konservativer Bereich Station: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Ambulanz: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| <input type="checkbox"/> | Operativer Bereich Station: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Ambulanz: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| <input type="checkbox"/> | Anderer Bereich: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

| Rahmenbedingungen | |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Zeitraum (von – bis) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Stunden gesamt | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| max. Tagesarbeitszeit | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wochenenddienst möglich | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Nachtdienste (12h) möglich | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Schultage im Praktikum, falls ja welche (Datum) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Sind Schultage in den Gesamtpraktikumsstunden enthalten | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Versicherung vorhanden | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Handelt es sich um ein Pflichtpraktikum | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

| Weitere Kontaktmöglichkeiten | |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Name und Adresse der Ausbildungsstätte/Schule | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name und Kontaktdaten der Ansprechperson an der Ausbildungsstätte/Schule | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Falls zutreffend, Name und Anschrift des derzeitigen Dienstgebers | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Hinweis: Aus einem Praktikum entstehen keine finanziellen Verpflichtungen für das Ordensklinikum Linz. Das bedeutet, es wird kein Gehalt bezahlt und es erfolgt keine Anmeldung bei der Sozial- und der Unfallversicherung.

Verschwiegenheitspflicht und Datenschutz

Ich verpflichte mich, alle Daten sowie sämtliche Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse insbesondere Informationen und Daten über Patient*innen und Mitarbeiter*innen, die mir im Rahmen meiner Anwesenheit und Tätigkeit zugänglich oder anvertraut wurden, strengstens geheim zu halten.

Die Pflicht der Wahrung dieses Datengeheimnisses gilt auch nach Beendigung der Tätigkeit, gleichgültig welche Art von Tätigkeit (Praktikant*in, Schüler*in, ...) Sie im Ordensklinikum Linz ausgeübt haben. Das Ordensklinikum Linz weist Sie darauf hin, dass die Verletzung der Verschwiegenheit Strafbarkeit nach sich ziehen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass das Ordensklinikum Linz mir an oben genannte E-Mailadresse auch nach meinem Austritt regelmäßig Neuigkeiten aus dem Unternehmen sendet. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Wichtig

Bitte beachten Sie, dass vor Praktikumsantritt ein Impf- und Immunitätsnachweis nachzuweisen ist. Vorzugsweise verwenden Sie das folgende Formular „**Impf- und Immunitätsnachweisformular**“.



Kontakt für eine **Bewerbung bei den Elisabethinen**

Für ein **Praktikum in der Pflege** senden Sie das ausgefüllte Formular inkl. eines Immunitätsnachweis an evelin.kerschbaumer@ordensklinikum.at.

Für ein **Praktikum in einer anderen Berufsgruppe** senden Sie das ausgefüllte Formular inkl. eines Immunitätsnachweis an praktikum.eli@ordensklinikum.at



Kontakt für eine **Bewerbung bei den Barmherzigen Schwestern**

Für ein **Praktikum in der Pflege** senden Sie das ausgefüllte Formular inkl. eines Immunitätsnachweis an adelina.gafleshi@ordensklinikum.at

Für ein **Praktikum in einer anderen Berufsgruppe** senden Sie das ausgefüllte Formular inkl. eines Immunitätsnachweis an praktikum.bhs@ordensklinikum.at