

Ergänzende Pflichtangaben zum Berufsausbildungsverhältnis

von _____

(Geb.-Datum: _____)

Name / Vorname (Auszubildende/r)

Angaben zur/zum Auszubildenden

1.	Höchster allgemeinbildender Schulabschluss		
	<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	
2.	Berufsvorbereitung/berufliche Grundbildung		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Einstiegsqualifizierung (EQJ), Praktikum mind. 6 Monaten		<input type="checkbox"/> Berufsfachschule ohne voll qualifizierenden Berufsabschluss
	<input type="checkbox"/> Schulisches Berufsvorbereitungsjahr (BVJ)		<input type="checkbox"/> Schulisches Berufsgrundbildungsjahr (BGJ)
	<input type="checkbox"/> Berufsvorbereitungsmaßnahme mind. 6 Monaten		
3.	Berufsausbildung		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ausbildung mit Vertrag (erfolgreich beendet)		<input type="checkbox"/> Ausbildung mit Vertrag (nicht erfolgreich beendet)
	<input type="checkbox"/> Schulische Berufsausbildung mit voll qualifizierendem Berufsabschluss (bitte nur bei erfolgreichem Abschluss abgeben)		

Angaben zur Ausbildungsstätte bzw. zum Ausbildungsvertrag

4.	Ausbildende/r Arzt/Ärztin	Name Arzt/Ärztin, der/die Ausbildungsinhalte unmittelbar, verantwortlich und im wesentlichen Umfang vermittelt.		
5.	Anzahl Auszubildende (einschließlich Neueinstellung) _____	Anzahl Umschüler (einschließlich Neueinstellung) _____	Sonstige (z.B. Praktikanten) _____	
6.	Medizinisches Personal / Assistenzpersonal	Anzahl Vollzeit	Anzahl Teilzeit	Summe Stunden
	Ärzte/Ärztinnen	_____	_____	_____
	Arzthelfer/in, Medizinische/r Fachangestellter	_____	_____	_____
	Gesundheits-/Kinder-/Krankenpfleger/in	_____	_____	_____
	Sonstige (bitte benennen): _____	_____	_____	_____
7.	Gehört Ihre Ausbildungsstätte zum öffentlichen Dienst ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	Wird dieses Ausbildungsverhältnis überwiegend öffentlich gefördert ? mehr als 50 % der Gesamtkosten im 1. Ausbildungsjahr	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
8.	<input type="checkbox"/> Sonderprogramm Bund/Land	<input type="checkbox"/> außerbetriebliche Berufsausbildung (Ausbildung für sozial Benachteiligte / Lernbeeinträchtigte, nach SGB III)		
	<input type="checkbox"/> außerbetriebliche Berufsausbildung (Ausbildung für Menschen mit Behinderung / Reha, nach SGB III)			

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Stempel der Ausbildungsstätte

Akad. Grad / Name / Vorname / Unterschrift
des / eines ausbildenden Vertragsunterzeichners