

# ANPASSUNGSLEHRGANG ZUR BERUFSBERECHTIGUNG IN DER HEIMHILFE



## **ZIELGRUPPE:**

Personen, die eine Ausbildung in einem Sozialbetreuungsberuf in einem EWR Vertragsstaat, in der Schweiz oder in einem Drittstaat erfolgreich absolviert haben und über einen Bescheid, ausgestellt von der MA 40, verfügen.

Der Anpassungslehrgang wird nach den Bestimmungen des Sozialbetreuungsberufegesetzes (WSBBG) § 27 WHEG-VO durchgeführt. Das Praktikum wird individuell bei ausgewählten Partnerorganisationen organisiert.

## **MODUL: Grundzüge der Ergonomie und Mobilisation**

Fr, 13.10.2017, 14.00 – 17:30 Uhr + Sa, 14.10.2017, 09:00 – 14:00 Uhr  
Fr, 27.10.2017, 14.00 – 17:30 Uhr + Sa, 28.10.2017, 09:00 – 14:00 Uhr

**Einzelprüfung:** Sa, 28.10.2017, 09:00 Uhr

## **Praktikum:**

120 Stunden in der mobilen Hauskrankenpflege bzw. laut behördlichem Bescheid

**KOSTEN:** € 460,00 exkl. 20% USt.

(inkl. Prüfungsgebühren, theoretischem Unterricht, Lernunterlagen, Organisation des Fachpraktikums und organisatorischem Aufwand)

## **AUSBILDUNGSORT:**

SOPHOS AKADEMIE, Wilhelminenstrasse 80-82/2. Stock, 1160 Wien

**KURSNUMMER:** 1577

**LEITUNG DER AUSBILDUNG:** DGKP Helene Mayer, Direktorin der SOPHOS Akademie

**REFERENT:** Mag. Peter Suchy, Dipl. Physiotherapeut

## **ANMELDUNG:**

SOPHOS AKADEMIE Organisationsberatung und Bildungsmanagement GmbH,  
Wilhelminenstraße 80-82 / 2. Stock, 1160 Wien, Tel: 01 / 481 47 71, Fax: 01 / 481 47 71 – 30,  
E-Mail: office@sophosakademie.at, Homepage: www.sophosakademie.at

## **ANMELDEVORAUSSETZUNG:**

Behördlicher Bescheid für die Berufszulassung in der Heimhilfe,  
Impfnachweis Hepatitis B, Versicherungsnachweis sowie ein Lichtbild und eine Kopie des Passes

# ANMELDEFORMULAR

Kurs/Kursnr: ..... Sozialvers.Nr: .....

Herr  Frau  Titel: .....

Zuname: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

**Genaue Anschrift:**

PLZ., Wohnort: .....

Straße, Nr.: .....

Tel.: ..... FAX: ..... Email: .....

**Anschrift des Dienstgebers:**

Krankenhaus, Abteilung: .....

Anschrift: .....

Tel.: ..... FAX: ..... Email: .....

**Berufserfahrung im**

**Gesundheitsbereich:** .....

Ich habe die Storno- und Rahmenbedingungen zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden

Datum: ..... Unterschrift des Teilnehmers /der Teilnehmerin: .....

**Erforderliche Bewerbungsunterlagen für Ausbildungen, Sonderausbildungen und Weiterbildungen:** Zeugnis, Lehrbrief bzw. Diplom, Staatsbürgerschaftsnachweis bzw. Pass, Geburtsurkunde, Lebenslauf, Lichtbild, zusätzliche kursbezogene Unterlagen nach Absprache mit der Kursleitung.

**Für Seminare, Fortbildungen und Vorträge sind keine zusätzlichen Unterlagen erforderlich.**

**Rechnung ergeht an Privatadresse:** O ja Teilzahlungen: O ja Anzahl der TZ:

**Rechnung ergeht an Dienstgeber:**

Einverständnis / Bestätigung der Dienststelle oder des Rechtsträgers:

.....  
.....  
.....

Datum: ..... Stempel und Unterschrift: .....