

**Bestätigung über eine Praktikumsstelle zur Ausbildung als  
Ordinationsassistent, Röntgenassistent, Laborassistent oder  
Desinfektionsassistent**

Ich/wir bestätige/n das Praktikum von ..... Stunden in meiner/unserer  
Praxis/Gruppenpraxis/Ambulatorium/ Sanitätsbehörde

von Frau/Herr

---

Nachname	Vorname	geboren am
----------	---------	------------

---

Adresse	Postleitzahl, Ort
---------	-------------------

Bei der Ausbildung in der Ordinations-, Röntgen-, Labor- oder Desinfektionsassistent hat der/die Praktikumsgeber/in laut der MAB-Ausbildungsverordnung BGBl. II Nr. 282/2013 eine/n ausbildungsverantwortliche/n Arzt/Ärztin oder eine/n ausbildungsverantwortliche/n Angehörige/n des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege für die praktische Ausbildung am Dienstort zu bestimmen. Die Teilung der Ausbildungsverantwortung auf zwei Personen ist zulässig.

Der/Die Ausbildungsverantwortliche hat den Kompetenzerwerb am Dienstort sicherzustellen und die Aufsicht über die Auszubildenden wahrzunehmen.

Jede Änderung der Praktikumsstelle ist umgehend dem BFI der AK Vorarlberg GmbH mitzuteilen.

Ich/wir erkläre/n mein/unser Einverständnis, dass oben angeführte/r Praktikant/in die Ausbildung nach den gesetzlichen und allgemeinen Bestimmungen gemäß MAB-Gesetz, BGBl. I Nr. 89/2012 und der MAB-Ausbildungsverordnung BGBl. II Nr. 282/2013 absolviert und mache/n als Ausbildungsverantwortlichen namhaft:

Frau/Herr

---

---

Stempel, Unterschrift	Datum
-----------------------	-------