



Ansuchen für ein Praktikum im Pflegebereich

Die Bearbeitung kann bis zu drei Wochen dauern.

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns ein besonderes Anliegen. Wir verarbeiten Ihre Daten daher ausschließlich auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen (DSGVO, DSG 2000).

Ihre angegebenen Daten werden ab Beendigung der Leistung noch 7 Jahre gespeichert. Wir stellen sie nur Kontrollgremien (z.B.: Immunitätsnachweise) zur Verfügung.

Name:.....

Adresse:.....

Telefonnummer:.....

E-Mail:.....

Ich bin

- Schüler*in/Studierende*r der Gesundheits- und Krankenpflege / Pflege(fach)assistenz
- Operationsassistenz
- Sozialpädagogik
- Teilnehmer*in einer Weiter- oder Sonderausbildung lt. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
- Studierende*r eines weiterführenden Pflegestudiums (bitte Diplom oder Berufsberechtigungsnaehweis beilegen)

Ausbildungsstätte bzw. beschäftigt bei:.....

Adresse:.....

Ausbildungsjahr/Semester:.....

Diplomiert am:.....

Zeitraum des Praktikums (von-bis):.....

Gesamtstunden:.....

Praktikumswunsch im klinischen Bereich – nach Priorität:

1)

2)

3)

Begründung für die Wahl des Praktikums:

Datum:

Unterschrift:



Checkliste für eine reibungslose Bearbeitung

Folgende Unterlagen sind zwingend einzureichen.

Für ein Praktikum im Rahmen:

der Grundausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, OP-Assistenz und Sozialpädagogik:

- Ansuchen für ein Praktikum im Pflegebereich (S. 1)
- Immunitätsnachweis - Ärztliches Attest (Anhnag)
- Schulbesuchsbestätigung oder Inskriptionsbestätigung

einer Weiter- / Sonderausbildung oder eines weiterführenden Pflegestudiums:

- Ansuchen für ein Praktikum im Pflegebereich (S. 1)
- Immunitätsnachweis - Ärztliches Attest (S. 2)
- Lebenslauf mit Lichtbild
- Berufsberechtigungsbescheinigung oder Diplom in Kopie
- Bestätigung der besuchten Weiterbildung / Sonderausbildung bzw. Inskriptionsbestätigung

Eingereichte Unterlagen, einschließlich aller elektronischen Medien, werden nicht retourniert.

Es werden ausschließlich vollständig eingereichte Unterlagen bearbeitet.

Bitte senden sie alle Unterlagen an pflegepraktikum@akhwien.at

Bei Rückfragen steht Ihnen das Team der Direktion des Pflegedienstes gerne zur Verfügung!

Wiener Gesundheitsverbund
Universitätsklinikum AKH Wien
Direktion des Pflegedienstes
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20
Tel: +43 1 40400 65260
Fax: +43 1 40400 65250
pflegepraktikum@akhwien.at
akhwien.at



Informationen zum Praktikum im Universitätsklinikum AKH Wien

Herzlichen Dank für Ihr Interesse an einem Praktikum im Pflegebereich des Universitätsklinikum AKH Wien.

Wir bieten Ihnen eine **qualifizierte, fachpraktische Ausbildung** in allen Abteilungen unseres Krankenhauses an Ambulanzen, Bettenstationen, Intensivstationen, in Operationssälen, Eingriffsräumen und in weiteren Funktionsbereichen.

Unsere Pflegedienstmitarbeiter*innen und **Praxisanleiter*innen** werden Sie fachkompetent und zielorientiert anleiten und durch Ihr Praktikum begleiten.

In Ausnahmefällen kann Ihnen eine kostenpflichtige **Wohnmöglichkeit** zur Verfügung gestellt werden.

Vorbehaltlich der Einreichung aller erforderlichen Unterlagen und eines freien Praktikumsplatzes, bieten wir Praktika für Auszubildende im Pflegeberuf an.

Praktika für Studierende der Medizin und Pflegewissenschaft ohne Berufsberechtigung in der Pflege, sowie die Absolvierung berufspraktischer Tage können derzeit aus Kapazitätsgründen nicht angeboten werden.

Praxisanleitung im Universitätsklinikum AKH Wien

Wir bieten Ihnen:

- qualifizierte Anleitung durch professionell ausgebildete Praxisanleiter*innen
- fachliche und persönliche Entwicklungsmöglichkeiten durch Methodenkompetenz, Anleitungsvielfalt und zahlreiche Spezialbereiche
- evidenzbasierte Pflege und je nach Schwerpunktsetzung z.B. Peer-Tutor*innen in Kinaesthetics, Pflegeberatung und Expert*innen in den Bereichen Wund- und Schmerzmanagement, Hygiene, Kontinenz- und Stomaberatung, Gesundheitsförderung
- einen Lernort, an welchem Wertschätzung und Empathie in der Beziehung Patient*in-Auszubildende*r-Anleiter*in im Vordergrund stehen
- zielorientierte, reflektierte und individuelle Praxisbegleitung

Wir erwarten von Ihnen:

- Freude am Lernen und am Arbeiten mit Menschen, Eigeninitiative, Eigenverantwortung und Lernbereitschaft
- wertschätzende Umgangsformen und Kommunikation gegenüber Patient*innen, deren Bezugspersonen und allen Berufsgruppen
- Kompetenz in Selbstreflexion, Selbstmanagement und Beziehungsfähigkeit

Wir freuen uns darauf, Sie in die Pflegepraxis einzuführen und mit Ihnen gemeinsam die Pflegezukunft zu gestalten!

Immunitätsnachweis für neue MitarbeiterInnen und PraktikantInnen

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Sozialversicherungsnummer: _____

Impfungen sind ein wichtiger Schutz für Krankenhaus-MitarbeiterInnen, die mit infektiösen PatientInnen in Berührung kommen.

Und auch die PatientInnen haben ein Recht, vor vermeidbaren Gefährdungen geschützt zu werden.

Wichtig: Es können nur vollständig ausgefüllte Atteste berücksichtigt werden!

	Impfdatum	Titer ¹	Datum
Diphtherie, Tetanus, Pertussis +/- Poliomyelitis			
Poliomyelitis ²			
Masern, Mumps, Röteln	1. Impfung: 2. Impfung:		
Varizellen	1. Impfung: 2. Impfung:		
Hepatitis B ³ (bzw. A + B)	1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung: ⁴		
COVID-19 ⁵	1. Impfung: 2. Impfung: ⁶		

¹ Der Nachweis der Immunität kann entweder durch Bestätigung der erforderlichen Impfungen oder durch einen positiven Antikörpertiter (< 1 Jahr) erfolgen.

² Falls Diphtherie-Tetanus-Pertussis ohne Poliomyelitis geimpft wurde.

³ Nur für Angehörige der Gesundheitsberufe. Auszubildende werden vor dem ersten Praktikumseinsatz auf Kosten der AUVA über die Ausbildungseinrichtung grundimmunisiert.

⁴ Bei kürzlich begonnener Grundimmunisierung gegen Hepatitis B sind zwei Impfungen ausreichend. Der Nachweis der 3. Impfung kann binnen 6 Monaten nachgereicht werden.

⁵ Alternativ zu COVID-Impfung oder AK-Titer kann auch eine in den letzten sechs Monaten überstandene und mittels PCR nachgewiesene Infektion mit SARS-CoV-2 ärztlich bestätigt werden.

⁶ Die 1. Impfung ist ausreichend. Der Nachweis der 2. Impfung kann nachgereicht werden.

Ich bestätige die Immunität bzw. die aufrechte Immunisierung gegen die oben genannten Erkrankungen.

Attestierende(r) Ärztin/Arzt in Blockbuchstaben: _____

Unterschrift und Stempel: _____ Datum: _____