

Rettungsdienstschule

Schulleitung: Julia Schäffer

Telefon 0571/ 388389 4769

Email: Julia.schaeffer@Muehlenkreiskliniken.de

Ansprechpartner Rettungssanitäter*in: Thomas Krinzessa

Telefon 0571/ 388389 4775

Email: Thomas.krinzessa@Muehlenkreiskliniken.de

Johansenstraße 6

32423 Minden

Anmeldeformular Rettungssanitäter*in

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Straße:

Hausnummer:

Postleitzahl:

Wohnort:

Telefonnummer:

Email:

Kurskosten Rettungssanitäter*in: 1965 Euro Grundkurs

inklusive Lehrmaterial

300 Euro Abschlusslehrgang

525 Euro Prüfungsgebühr

2790 Euro Gesamtkosten Lehrgang

Zulassungsvoraussetzung für die Ausbildung Rettungssanitäter*in:

- Kopie eines gültigen Identitätsnachweises (Personalausweis oder Reisepass) in amtlicher Beglaubigung
- Hauptschulabschluss oder gleichwertiger Bildungsstand oder eine abgeschlossene Berufsausbildung (beglaubigte Zeugniskopie)
- Nachweis Sprachniveau B2
- Ärztliche Bescheinigung über die physische und psychische Eignung (nicht älter als 3 Monate zu Ausbildungsbeginn)
- Amtliches Führungszeugnis: Belegart N, nicht älter als 3 Monate zum Zeitpunkt des Abschlusslehrgangs (Beantragung nach absolviertem Grundlehrgang)

Zulassungsvoraussetzung zur Durchführung der praktischen Ausbildung:

Vorsorge durch eine von Ihnen beauftragte niedergelassene Arbeitsmedizin zu den Gefährdungen „Feuchtarbeit > 4 Stunden/Tag“ (ehemals G24) und „nicht gezielte Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen in medizinischen Einrichtungen“ (ehemals G42) vor Beginn der praktischen Ausbildung (nach §4 der ArbMedVV). Zudem ist ein Masernimpfschutz zwingend erforderlich. Aufgrund der sich möglicherweise hierdurch ergebenden Impfeempfehlungen sollte diese schon 3 Monate vor Beginn der praktischen Ausbildung erfolgen.

Die gewählte arbeitsmedizinische Institution ist während der gesamten Ausbildung Ihr Ansprechpartner für alle arbeitsmedizinischen Fragen. Sie erhalten nach der Vorsorge eine Bescheinigung, die Sie uns zum Nachweis vorlegen müssen.

Die Betriebsmedizin empfiehlt darüber hinaus, den Ausschluss einer Hepatitis C Infektion zu erbringen und Impfungen gemäß den Empfehlungen der STIKO gegen Hepatitis A und B, Tetanus, Diphtherie, Kinderlähmung, Keuchhusten, Mumps, Röteln und Windpocken sowie eine vollständige Coronaschutzimpfung durch den Hausarzt oder Arbeitsmediziner auffrischen bzw. geben zu lassen.

Ich bestätige, dass ich die Zulassungsvoraussetzung erfülle.

Ich habe die im Anhang aufgeführte AGB gelesen und akzeptiere diese.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Durch Ihre Unterschrift erkennen Sie die Anmeldekriterien und Bedingungen der AGB an.

(Bei Minderjährigen ist die durch eine Unterschrift zu bestätigende Einwilligung eines Erziehungsberechtigten erforderlich.)

Hinweis zum Datenschutz: Der/ Die Teilnehmende willigt ein, dass die personenbezogenen Daten gemäß EUDSGVO für den Vertragszweck erfasst, verarbeitet und gespeichert werden. Eine Weitergabe an Dritte kann nur aufgrund gesetzlicher Auskunftspflichten erfolgen.