

An die  
**Med. techn. Akademie f. physioth. Dienst  
des BFI Burgenland**  
7431 Bad Tatzmannsdorf, Schloss Jormannsdorf 1  
☎ 03353/36860 Fax: 03353/36860-14  
e-mail: [physio@bfi-burgenland.at](mailto:physio@bfi-burgenland.at)



Eingangsdatum:.....  
**Frist: 03. September 2010**

**Aufnahmekriterien:**

- Fristgerechte, vollständige Abgabe der geforderten Unterlagen bis **03.09.2010**
- Anmeldegebühr: € 15,- (bei Abgabe der Bewerbung)
- Absolvierung eines berufsspezif. Eignungstests
- Persönl. Erscheinen vor der Aufnahmekommission

**ANSUCHEN UM AUFNAHME IN DIE  
AKADEMIE FÜR DEN PHYSIOTHERAPEUTISCHEN DIENST  
JAHRGANG 2010/2013**



- Geburtsurkunde
- Staatsbürgerschaftsnachweis
- Meldezettel
- 1 Passfoto
- Lebenslauf – Seite 5
- Zeugnisse (Reifeprüfungszeugnisse oder entsprechende Diplome)
- Nachweis der Studienberechtigungsprüfung Medizin; Berufsreifeprüfung
- Ärztliches Attest - Nachweis der körperlich, geistigen gesundheitlichen Eignung (bitte Beiblatt verwenden) – Seite 8
- Gesundheits-Anamneseblatt (bitte Beiblatt verwenden) – Seite 7
- Eidesstattliche Erklärung – Seite 6

Hiermit bewerbe ich, \_\_\_\_\_  
*Name, Vorname* *Geb. Datum/Ort*

\_\_\_\_\_ *Staatsbürgerschaft* *Familienstand*

wohnhafte in \_\_\_\_\_  
*PLZ, Ort, Straße, Nr.*

\_\_\_\_\_ *Telefon*

mich um die Aufnahme in das im **November 2010** beginnende Studienjahr an der Akademie für Physiotherapie.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte vollständig ausfüllen und dem Bewerbungsformular samt Nachweisen beilegen.**

Zur Anmeldung können Sie normale, unbeglaubigte Kopien der erforderlichen Dokumente beilegen. Sind die eingegangenen Dokumente **bis 03.09.2010** nicht vollständig (Ausnahme: Reifezeugnis, bei noch nicht abgelegter Matura) wird die Bewerbung nicht bearbeitet und kommentarlos retourniert!

- o Geburtsurkunde
- o Staatsbürgerschaftsnachweis
- o Handschriftlich, tabellarischer Lebenslauf – Seite 5
- o Jahreszeugnis 11. Schulstufe    o 12. Schulstufe    o 13. Schulstufe
- o Maturazeugnis (nachreichen)
- o Diplom
- o Nachweis der Studienberechtigungsprüfung für Medizin; Berufsreifeprüfung
- o Ärztliches Attest - Nachweis der körperlich, geistigen gesundheitlichen Eignung (bitte Beiblatt verwenden) – Seite 8
- o Gesundheits-Anamneseblatt (bitte Beiblatt verwenden) – Seite 7
- o Eidesstattliche Erklärung – Seite 6
- o Strafregister (erst bei fixer Zusage, nicht älter als 3 Monate)
- o Meldezettel
- o 1 Passfoto

Schulbildung	Ort	Schultyp	Abschluss
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Reifeprüfung		am:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Notendurchschnitt:</b>			Nicht ausfüllen, wird von der Direktion ausgefüllt!
Note Physik:	Note Mathematik:	Note Englisch:	
Note Biologie:	Note Deutsch:		

Berufsausbildung	Ort	Schultyp/Studium	Abschluss
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diplom (DGKS, MTF)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Studium			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Studium beendet			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>bisherige berufl. Tätigkeit</b>	
------------------------------------	--



**6. Welche Sportarten betreiben Sie aktiv und wie oft?**

	<b>täglich</b>	<b>wöchentlich</b>	<b>monatlich</b>	<b>jährlich</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Haben Sie bereits ein Praktikum oder Berufserfahrung im Bereich Pflege oder physiotherapeutischen Einrichtungen absolviert? Wenn ja, wie lange und bitte als Nachweis Bestätigung beilegen.**

---

---

---

---

---

---

**8. Gibt es noch andere Umstände in Ihrem Leben, die Sie uns mitteilen möchten? (Auslandsreisen, besondere Kenntnisse, persönliche Fähigkeiten, Hobbies, Preise, Bestätigungen in Freizeiteinrichtungen oder Vereine).**

---

---

---

---

---

---

**9. Beschreiben Sie in 3 Sätzen, wie und wo Sie sich in 5 Jahren sehen!**

---

---

---

---

---

---

**Raum für handgeschriebenen Lebenslauf  
(tabellarisch, lückenloser Zeitablauf)**

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift**

# EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_  
erkläre an Eides statt, dass in meinem behördlichen Leumundszeugnis keine strafrechtliche Verurteilung aufscheint und ich nicht vorbestraft bin. Auch liegt derzeit bei keinem Gericht Strafanzeige gegen mich vor oder finden behördliche Vorerhebungen statt.

Mir ist bekannt, dass ich nur im Fall der Unbescholtenheit an der Ausbildungsmaßnahme teilnehmen kann.

Ich werde unmittelbar nach Erhalt der Verständigung über die Aufnahme an der Akademie für den physiotherapeutischen Dienst beim BFI Burgenland bei meiner zuständigen Behörde ein polizeiliches Führungszeugnis beantragen und der Direktion vorlegen.

Ich nehme ausdrücklich zu Kenntnis, dass mein polizeiliches Führungszeugnis bis spätestens 29. November 2011 bei der Direktion vorliegen muss. Ist dies nicht der Fall, ist meine Zulassung zur Ausbildungsmaßnahme automatisch erloschen.

\_\_\_\_\_  
Name in Blockschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Name: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Ihrem eigenen Interesse wahrheitsgetreu.

**Unwahrheitsgemäße Angaben können den Ausschluss von der Bewerbung zur Folge haben.**

Alle Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz!

	NEIN	JA	WELCHE:
1. Haben Sie Probleme mit der Wirbelsäule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche:
2. Haben Sie Probleme mit den Gelenken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche:
3. Haben Sie Probleme mit der Haut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche:
4. Haben Sie schon einmal einen Allergietest gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Allergie:
5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche:
6. Besteht oder bestand der Verdacht auf TBC oder waren Sie wegen Tuberkulose in Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann:
7. Liegen ansteckende Erkrankungen (z.B. Hepatitis) vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche:
8. Wurden Sie schon einmal bei einem Unfall verletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann und welche Verletzung:
9. Ist Ihr Hörvermögen beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Ist Ihr Sehvermögen beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Leiden Sie an Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Leiden Sie an <input type="checkbox"/> Asthma, <input type="checkbox"/> regelmäßigen Kopfschmerzen, <input type="checkbox"/> Wetterfühligkeit			
13. Waren Sie wegen: <input type="checkbox"/> Depressionen, <input type="checkbox"/> Schizophrenie, <input type="checkbox"/> anderen psychischen Krankheiten in Behandlung	<input type="checkbox"/>		Wenn ja, wann und bei wem:
14. Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger krank oder in Spitalsbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wegen:
15. Gibt es Tätigkeiten, deren Ausübung Ihnen aus gesundheitlichen Gründen nicht oder nur eingeschränkt möglich sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche:

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

# **AUSBILDUNG ZUM/ZUR PHYSIOTHERAPEUT/IN AN DER AKADEMIE FÜR DEN PHYSIOTHERAPEUTISCHEN DIENST**

## Ergänzung zur ärztlichen Untersuchung

Sehr geehrte Kollegin! Sehr geehrter Kollege!

Da in der Ausbildung und vor allem im Beruf des/der Physiotherapeut/in insbesondere was den Bewegungsapparat betrifft, stärkere Belastungen auftreten können, bitte wir Sie bei der Untersuchung folgende Punkte besonders zu berücksichtigen und auch im Befund anzuführen:

### **1. Wirbelsäulenprobleme in der Anamnese**

Keine

Einmalig

Wiederholt

Operiert

Skoliose, Beckenschiefstand

### **2. Extremitätenprobleme in der Anamnese**

Keine

Einmalig

Häufig/Wiederholt

Operiert

Meniskus-, Band-, Sehnen-, Muskelverletzung

### **3. Visuseinschränkung**

Korrigierbar

Nicht korrigierbar

### **4. Hörbehinderung**

### **5. Sonstige Sinnesorganbehinderungen**

### **6. Hautprobleme in der Anamnese**

Dermatologische Erkrankungen (Allergien,...)

### **7. Infektiöse Erkrankungen in der Anamnese**

Hochachtungsvoll

---

Name, Adresse und Stempel des Arztes

---

Datum