

## Arbeitsvertrag für Medizinische Fachangestellte (MFA)

Zwischen  
**Frau/Herr [Name des Arbeitgebers]**  
in  
**[Adresse der Praxis]**

und

**Frau/Herr [Name der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers]**  
in  
**[Adresse der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers]**

wird folgender Arbeitsvertrag geschlossen:

### § 1 Vertragsbeginn und Arbeitsort

1. Frau/Herr [Name] wird mit Wirkung vom [Datum] in der Praxis des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin als Medizinische Fachangestellte eingestellt.
2. Ort der Tätigkeit ist die Praxis des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin in [Praxisadresse].
3. Der Arbeitgeber behält sich vor, die Arbeitnehmerin auch an anderen Orten, z. B. zum Zwecke des Notdienstes, einzusetzen, soweit dies zumutbar ist.

### § 2 Vertragsdauer und Probezeit

1. Der Arbeitsvertrag wird **[auf unbestimmte Zeit/befristet bis zum [Datum]]** geschlossen.
2. Die Probezeit beträgt [Dauer der Probezeit, z. B. 6 Monate].
3. Das Arbeitsverhältnis endet ohne Kündigung mit Ablauf des Monats, in dem die Arbeitnehmerin die gesetzliche Regelaltersgrenze erreicht.

### § 3 Arbeitsbereich

1. Die Arbeitnehmerin wird als Medizinische Fachangestellte eingestellt.
2. Der Arbeitsbereich umfasst insbesondere:
  - Assistenz bei Untersuchungen, Behandlungen und chirurgischen Eingriffen
  - Betreuung und Beratung von Patientinnen vor, während und nach der Behandlung
  - Dokumentation von Behandlungsabläufen und Abrechnungsunterlagen
  - Organisation und Terminplanung
  - Durchführung von Hygienemaßnahmen und Laborarbeiten
  - [Weitere Tätigkeiten nach Bedarf hinzufügen]

### § 4 Arbeitszeit

1. Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt [Arbeitsstunden] Stunden.
2. Die tägliche Arbeitszeit wird wie folgt festgelegt:
  - Montag: [Zeiten]
  - Dienstag: [Zeiten]
  - Mittwoch: [Zeiten]
  - Donnerstag: [Zeiten]
  - Freitag: [Zeiten]
3. Pausen und Ruhezeiten werden nach den gesetzlichen Vorgaben geregelt.

4. Änderungen der Arbeitszeit bedürfen der schriftlichen Zustimmung beider Parteien.

## **§ 5 Vergütung**

1. Das monatliche Bruttogehalt beträgt [Betrag] €.
2. Die Vergütung wird jeweils zum [Datum] des Monats auf das angegebene Bankkonto überwiesen.
3. Überstunden, Wochenendarbeit und Feiertagsarbeit werden nach geltendem Tarifvertrag vergütet.

## **§ 6 Urlaub**

1. Die Arbeitnehmerin hat Anspruch auf [Urlaubstage] Arbeitstage Urlaub pro Kalenderjahr.
2. Die Urlaubsplanung erfolgt in Abstimmung mit den betrieblichen Erfordernissen.
3. Nicht genommener Urlaub ist bis [Frist] zu nehmen oder wird abgegolten.

## **§ 7 Arbeitsunfähigkeit**

1. Arbeitsunfähigkeit ist unverzüglich mitzuteilen.
2. Spätestens am vierten Kalendertag ist eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen.
3. Bei unverschuldetem Arbeitsversäumnis erfolgt die Lohnfortzahlung für bis zu sechs Wochen.

## **§ 8 Kündigung**

1. Das Arbeitsverhältnis kann mit einer Frist von vier Wochen zum 15. oder Ende eines Kalendermonats gekündigt werden.
2. Während der Probezeit gilt eine Kündigungsfrist von zwei Wochen.
3. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

## **§ 9 Verschwiegenheit**

1. Die Arbeitnehmerin verpflichtet sich, alle Praxisvorgänge und Patientendaten auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses vertraulich zu behandeln.
2. Verstöße können arbeitsrechtliche Konsequenzen haben.

## **§ 10 Schlussbestimmungen**

1. Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrags bedürfen der Schriftform.
2. Soweit in diesem Vertrag keine Regelungen enthalten sind, gelten die tariflichen Bestimmungen und gesetzlichen Vorgaben.

## **Ort, Datum**

[Unterschrift Arbeitgeber/in]

[Unterschrift Arbeitnehmer/in]

## Personalfragebogen für Medizinische Fachangestellte (MFA)

### A. Persönliche Angaben

1. Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_
2. Geburtsname (falls abweichend): \_\_\_\_\_
3. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_
4. Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_
5. Familienstand (bitte ankreuzen):
  - ledig
  - verheiratet
  - geschieden
  - verwitwet
6. Anzahl der Kinder: \_\_\_\_\_  
Geburtsdaten der Kinder: \_\_\_\_\_
7. Adresse:  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_
8. Telefonnummer (mobil): \_\_\_\_\_ (privat): \_\_\_\_\_
9. E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

### B. Bankverbindung

- Kontoinhaber/in: \_\_\_\_\_
- IBAN: \_\_\_\_\_
- BIC: \_\_\_\_\_
- Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

### C. Beruflicher Werdegang

1. Haben Sie die Ausbildung zur MFA abgeschlossen?
  2.  Ja (Jahr des Abschlusses: \_\_\_\_\_)
  3.  Nein
1. Verfügen Sie über Berufserfahrung?
  - Ja (Anzahl der Jahre: \_\_\_\_\_)
  - Nein
2. Weitere Qualifikationen oder Fortbildungen (z. B. Hygienemanagement, Abrechnung):  
\_\_\_\_\_

### D. Gesundheitsangaben

1. Bestehen derzeit Krankheiten oder Beeinträchtigungen, die sich auf Ihre Arbeit auswirken könnten?
  - Ja, nämlich: \_\_\_\_\_
  - Nein

2. Haben Sie eine anerkannte Schwerbehinderung?

- Ja, Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_ %
- Nein

2. Sind Sie schwanger?

- Ja
- Nein

#### E. Notfallkontakt

1. Name des nächsten Angehörigen: \_\_\_\_\_

2. Verhältnis (z. B. Ehepartner/in, Elternteil): \_\_\_\_\_

3. Telefonnummer: \_\_\_\_\_

4. Adresse: \_\_\_\_\_

#### F. Erklärungen

1. Sind Sie bereit, bei Bedarf Überstunden oder Bereitschaftsdienste zu leisten?

- Ja
- Nein

2. Sind Sie mit der Erfassung und Speicherung Ihrer persönlichen Daten im Rahmen des Arbeitsverhältnisses einverstanden?

- Ja
- Nein

3. Wurden Sie über die Schweigepflicht (§ 203 StGB) belehrt?

- Ja
- Nein

#### G. Unterschrift

Ich versichere, dass die gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Änderungen werde ich dem Arbeitgeber unverzüglich mitteilen.

Datum: \_\_\_\_\_

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