



## INFORMATIONEN ZUR AUFNAHME IN DIE Höheren Bundeslehranstalt für Pflege und Sozialbetreuung (HLP)

Sehr geehrte Aufnahmewerberin,  
sehr geehrter Aufnahmewerber,  
liebe Eltern und Erziehungsberechtigte,

für die Aufnahme und den erfolgreichen Besuch der HLP sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

### Schulische Aufnahmuvoraussetzungen

#### Aufnahmebedingungen für die HLP (5jährig)

Ich komme von der ... (Schule)	Voraussetzung: Noten / Leistungsniveau	Aufnahmsprüfung
Allgemeinbildende höhere Schule	Positives Jahreszeugnis (Ausnahme	keine Aufnahmsprüfung
Mittelschule (ab Schuljahr 2021/22)	Positives Jahreszeugnis und Beurteilung <b>gemäß</b> dem Leistungsniveau „ <b>Standard AHS</b> “ Beurteilung <b>gemäß</b> dem Leistungsniveau „ <b>Standard</b> “ nicht schlechter als „ <b>Gut</b> “	keine Aufnahmsprüfung
Mittelschule (ab Schuljahr 2021/22)	Beurteilung gemäß dem Leistungsniveau „Standard“ Note „Befriedigend“ oder „Genügend“ in den Gegenständen M, D, E	Aufnahmsprüfung in jenen Gegenständen in denen die Note nicht zumindest „Gut“ beträgt
Polytechnische Schule 9. Schulstufe	Positives Jahreszeugnis	keine Aufnahmsprüfung

### Physische und psychische Aufnahmuvoraussetzungen

Für die Aufnahme ist zusätzlich der Nachweis der physischen und psychischen Eignung (wird für gewöhnlich durch den Hausarzt/der Hausärztin bestätigt) erforderlich, sowie die Bereitschaft, die vorgeschriebenen Impfungen nachzuweisen bzw. fehlende Impfungen gegebenenfalls nachzuholen. Die erforderlichen Impfungen entnehmen Sie bitte dem aktuellen Formular (im Anhang) unseres Kooperationspartners Tauernklinikum Zell am See.

**IHR ZULIEBE. MIR ZULIEBE.**





## Anmeldung

**Anmeldungen** sind schriftlich im Sekretariat der HLP Zell am See abzugeben. Die **Anmeldefrist** beginnt am 06. Februar 2026.

**Anmeldeformulare** erhalten Sie im Sekretariat oder durch Download von der Homepage [www.hlpzell.at](http://www.hlpzell.at).

Die **aktuelle Schulnachricht** der 8. Schulstufe muss bei der Anmeldung im Original vorgelegt werden.

## Nachweis des Schulerfolges

Die **Interimsbestätigung** (der 8. oder 9. Schulstufe) wird von der derzeit besuchten Schule ausgestellt und ist bis Montag, 06. Juli 2026, 12:00 Uhr an der HLP Zell am See vorzulegen (Mail an [sekretariat@hlpzell.at](mailto:sekretariat@hlpzell.at) oder persönlich).

## Aufnahmsprüfung

ist erforderlich, wenn die **Aufnahmvoraussetzungen nicht erfüllt werden.**

**Fach** Deutsch und/oder Englisch und/oder Mathematik

**Schriftliche Prüfung** Dauer eine Stunde

**Mündliche Prüfung** nur im Falle einer negativen schriftlichen Prüfung

Dauer 15 Minuten

**Termine**

**Mittwoch, 08. Juli 2026**

07:45 Uhr Mathematik

09:00 Uhr Deutsch

10:15 Uhr Englisch

Telefonische Auskünfte über die Prüfungsergebnisse können nicht erteilt werden.

**Die Aufnahmewerber müssen zu allen Terminen pünktlich (spätestens 10 Minuten vor der angegebenen Zeit) anwesend sein. Verhinderungen sind dem Sekretariat (Telefon 06542/57588) bekanntzugeben.**

## Bekanntgabe der Aufnahme

Die Zuweisung der vorläufigen Schulplätze und postalische Übermittlung der Zuweisungsschreiben erfolgt Mitte März 2026.

## Schulbeginn für alle 1. Jahrgänge


**Montag, 14. September 2026, 07:40 Uhr**

IHR ZULIEBE. MIR ZULIEBE.





**Aktuelles Formular – Infektionsschutz**

<b>Formular</b>	<b>Infektionsschutz</b>		
Berufsgruppe	Prozesszugehörigkeit	Dokumentennummer	Version
alle	-	-	4.0

**Formular: Infektionsschutz**

Dieses Formular entspricht den Anforderungen der Richtlinie „Infektionsschutz“. Bei nicht erbrachten Nachweisen der verpflichtenden Impfungen kann eine Tätigkeit in der Gesundheit Innergebirg GmbH unter Umständen nicht möglich sein.

Titel, Vorname, Nachname des Mitarbeiters			
Geburtsdatum, Sozialversicherungsnummer			
Bereich, Tätigkeit			

Bei Antritt Ihrer Tätigkeit in der Gesundheit Innergebirg GmbH soll eine Immunität gegen die Krankheiten unter „verpflichtende Impfungen“ entweder durch eine nachgewiesene Impfung oder einen positiven Antikörpertiter (Laborbefund) vorliegen. Die durchgemachte Erkrankung gilt nicht als Nachweis!  
Bitte geben Sie auch alle weiteren Impfungen an, wenn vorhanden.

verpflichtende Impfungen		Impfdatum	Titer	Datum
<b>Röteln</b>	1. Teilimpfung 2. Teilimpfung			
<b>Masern</b>	1. Teilimpfung 2. Teilimpfung			
<b>Mumps (epidemische Parotitis)</b>	1. Teilimpfung 2. Teilimpfung			
<b>Varizellen</b>	1. Teilimpfung 2. Teilimpfung			
tw. verpflichtende Impfung zum Selbstschutz		Impfdatum	Titer	Datum
<b>Hepatitis B</b>	1. Teilimpfung 2. Teilimpfung 3. Teilimpfung Auffrischungen		letzter quantitativer Titer:  Höhe:	
Empfehlung weiterer Impfungen zum Selbstschutz		Impfdatum der Grundimmunisierung	Datum der letzten Auffrischung	
<b>Tetanus</b>				
<b>Diphtherie</b>				
<b>Poliomyelitis (Kinderlähmung)</b>				
<b>Pertussis (Keuchhusten)</b>				
<b>Hepatitis A</b>				
andere:				
<b>SARS-CoV-2</b>		Impfdatum	Titer	Datum
Hersteller:	1. Teilimpfung			
	2. Teilimpfung			
	Auffrischungen			

Haben/Hatten Sie eine Hepatitis C-Erkrankung?  JA  NEIN

<p><b>Von der Ärztin/dem Arzt auszufüllen:</b></p> <p>Hiermit bestätige ich, dass bei Frau/Herrn _____</p> <p>zum Zeitpunkt der Untersuchung am _____</p> <p>der für die Tätigkeit im patientennahen Bereich erforderliche Infektionsschutz gegeben ist.</p> <p>_____ Datum</p> <p>_____ Unterschrift und Stempel</p>	<p><b>Von dem Mitarbeiter auszufüllen:</b></p> <p>Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen.</p> <p>Weiterhin stimme ich zu, dass die von der Ärztin/ dem Arzt angegebenen Daten an die Gesundheit Innergebirg GmbH bzw. deren Töchter weitergegeben werden dürfen.</p> <p>_____ Datum</p> <p>_____ Unterschrift des Mitarbeiters</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Formular „Infektionsschutz“

Version 4.0  
erstellt am: 24.11.2022  
Seite 1 von 1

Im ausgedruckten Zustand unterliegt dieses Dokument keinerlei Änderungen.

**IHR ZULIEBE. MIR ZULIEBE.**

