



Zollernalbkreis



Nachweise über die praktische Ausbildung zum/zur Pflegefachmann/frau

von

Auszubildende*r _____

Ausbildungsbeginn: 01.09.2020/gKurs1

Name der/des Auszubildenden _____

Inhaltsverzeichnis

Meine Daten

Rechtliche Vorgaben/Vereinbarung

Übersicht der Praxiseinsätze

Zwischenprüfung

Nachdienste

1. Nachweis über den Orientierungseinsatz
2. Nachweis über den Pflichteinsatz: Stationäre Akutpflege
3. Nachweis über den Pflichteinsatz: Stationäre Langzeitpflege
4. Nachweis über den Pflichteinsatz: Ambulante Akut-/Langzeitpflege
5. Nachweis über den Pflichteinsatz: Pädiatrische Versorgung
6. Nachweis über den Pflichteinsatz: Psychiatrische Versorgung
7. Nachweis über den Vertiefungseinsatz: II. – IV.1
8. Nachweis über weitere Einsätze/Stunden zur freien Verteilung

Einsatznachweis

Name der/des Auszubildenden _____

Meine Daten

Name der/des Auszubildenden
Anschrift
Kurs-Nr.

Träger der praktischen Ausbildung
Pflegeschule

Ausbildungsbeginn	Ausbildungsende lt. Ausbildungsvertrag
Verantwortliche Kontaktperson der Pflegeschule / Kursleitung	
Verantwortliche Kontaktperson des Ausbildungsträgers / Praxisanleitung	

Versorgungsbereich des Vertiefungseinsatzes lt. Ausbildungsvertrag

*Nur bei Ausübung des Wahlrechts genehmigte Änderung der Berufsbezeichnung nach §§ 58 - 60 PflBG
<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/Gesundheits- und Kinderkrankenschwester mit Vertiefungseinsatz im Bereich der pädiatrischen Versorgung (nach § 59 Abs. 2 PflBG)
<input type="checkbox"/> Altenpflegerin/Altenpfleger mit Vertiefungseinsatz im Bereich der allgemeinen Langzeitpflege in stationären Einrichtungen / allgemeinen ambulanten Akut- und Langzeitpflege mit Ausrichtung auf den Bereich der ambulanten Langzeitpflege (nach § 59 Abs. 3 PflBG)
Ausübung des Wahlrechtes am _____ (Datum)
Anpassung des Ausbildungsvertrages nach § 59 Abs. 5 PflBG am _____ (Datum)

Name der/des Auszubildenden _____

Rechtliche Vorgaben

Wochenarbeitszeit: 38,5h nach TVAöD

Jugendschutz: Der/die Auszubildende unterliegt noch bis zum [Datum] dem Jugendschutzgesetz

10% Praxisanleitung: Pro Einsatz (s. §4 PflAPrV)

Urlaub: §1 PflAPrV Absatz 2 Punkt 2 (4) „[...] Urlaub ist in der unterrichtsfreien Zeit zu gewähren.“

Nachtdienst: §1 PflAPrV Absatz 2 Punkt 2 (6) „[...] sollen ab der zweiten Hälfte der Ausbildungszeit mindestens 80, höchstens 120 Stunden der praktischen Ausbildung im Rahmen des Nachtdienstes abgeleistet werden.“

Vereinbarung

Der/die Auszubildende ist dazu verpflichtet nach § 17 Satz 2 Nummer 3 die Nachweise über die praktische Ausbildung zum/zur Pflegefachmann/frau selbständig zu führen. Sollten diese zum Ende der Ausbildung nicht vollständig vorliegen, führt dies zur nicht Anmeldung des Examens zum/zur Pflegefachmann/frau. Des Weiteren wird das Jahreszeugnis nur nach Vorlage des vollständigen Nachweises über die praktische Ausbildung zum/zur Pflegefachmann/frau an der Pflegeschule, ausgehändigt.

Im Falle der Minderjährigkeit des/der Auszubildenden sind die gesetzlichen Vertreter verpflichtet die Nachweise über die praktische Ausbildung zum/zur Pflegefachmann/frau zu kontrollieren!

Gesetzliche Vertreter

Datum / Unterschrift

Auszubildende/r

Datum / Unterschrift

Der Nachweis und die Erklärung des Nachweises befinden sich ebenfalls auf der Website der Pflegeschule.

Name der/des Auszubildenden _____

Übersicht der Praxiseinsätze

Ausbildungsverlauf als Auszug aus dem Ausbildungsplan nach § 6 Abs. 3 PflBG

Lfd. Nr.	Einsatzform									Einrichtung	Einsatzbereich	Zeitraum von – bis	Stunden
	Bezeichnung nach Anlage 7 PflAPrV												
	I Orientierungseinsatz	Pflichteinsätze					V Vertiefungseinsatz ¹	VI 1. weiterer Einsatz	VI 2. Stunden zur freien Verteilung				
II 1. Stationäre Akutpflege		II 2. Stationäre Langzeitpflege	II 3. Ambulante Akut- / Langzeitpflege	III Pädiatrische Versorgung	IV Psychiatrische Versorgung								
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													

Fortsetzung auf der nächsten Seite

¹ Der Vertiefungseinsatz findet im Bereich der allgemeinen Akutpflege in stationären Einrichtungen, der allgemeinen Langzeitpflege in stationären Einrichtungen, der allgemeinen ambulanten Akut- und Langzeitpflege, der pädiatrischen Versorgung oder der psychiatrischen Versorgung statt. Im Bereich der ambulanten Akut- und Langzeitpflege kann er auf den Bereich der ambulanten Langzeitpflege ausgerichtet werden (vgl. § 7 Abs. 4 PflBG).

Name der/des Auszubildenden _____

Lfd. Nr.	Einsatzform									Einrichtung	Einsatzbereich	Zeitraum von – bis	Stunden
	Bezeichnung nach Anlage 7 PflAPrV												
	I Orientierungseinsatz	Pflichteinsätze					V Vertiefungseinsatz ¹	VI 1. weiterer Einsatz	VI 2. Stunden zur freien Verteilung				
II 1. Stationäre Akutpflege		II 2. Stationäre Langzeitpflege	II 3. Ambulante Akut-/Langzeitpflege	III Pädiatrische Versorgung	IV Psychiatrische Versorgung								
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													

Träger der praktischen Ausbildung

Datum / Unterschrift

Pflegeschule

Datum / Unterschrift

Auszubildende/r

Datum / Unterschrift

Name der/des Auszubildenden _____

Zwischenprüfung (Im zweiten Einsatz des zweiten Ausbildungsjahres)	
Einrichtung	
Die Zwischenprüfung erfolgte am _____	
<input type="checkbox"/> Träger der praktischen Ausbildung <input type="checkbox"/> Andere Einrichtung:	
<input type="checkbox"/> Stationäre Pflege <input type="checkbox"/> Akutpflege <input type="checkbox"/> Wohnbereich: _____ <input type="checkbox"/> Station: _____ Fachrichtung: _____	<input type="checkbox"/> Ambulante Pflege <input type="checkbox"/> Langzeitpflege
Prüfungsinhalte des praktischen Teils der Zwischenprüfung	
Empfehlungen und Vereinbarungen für das letzte Drittel der praktischen Ausbildung.	

Durch die nachfolgende Unterschrift wird die Teilnahme an der Zwischenprüfung und die Kenntnis der Vereinbarungen bestätigt.

Lehrende/-r

Datum / Unterschrift

Praxisanleiter/-in

Datum / Unterschrift

Auszubildende/r

Datum / Unterschrift

Name der/des Auszubildenden _____

Nachtdienste (Ab der zweiten Ausbildungshälfte)	
Einrichtung	
<input type="checkbox"/> Träger der praktischen Ausbildung	
<input type="checkbox"/> Andere Einrichtung:	
<input type="checkbox"/> Stationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Ambulante Pflege
<input type="checkbox"/> Akutpflege	<input type="checkbox"/> Langzeitpflege
Wohnbereich: _____	
Station: _____	
Fachrichtung: _____	
Nachtdienst vom _____ bis _____ Stunden _____	
Datum / Unterschrift (Einrichtung)	

Nachtdienste (Ab der zweiten Ausbildungshälfte)	
Einrichtung	
<input type="checkbox"/> Träger der praktischen Ausbildung	
<input type="checkbox"/> Andere Einrichtung:	
<input type="checkbox"/> Stationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Ambulante Pflege
<input type="checkbox"/> Akutpflege	<input type="checkbox"/> Langzeitpflege
Wohnbereich: _____	
Station: _____	
Fachrichtung: _____	
Nachtdienst vom _____ bis _____ Stunden _____	
Datum / Unterschrift (Einrichtung)	

Einsatz-Nr.: _____ Name der/des Auszubildenden _____

1. Nachweis über den Orientierungseinsatz

Rechtliche Vorgaben (PflAPrV Anlage 7) (Flexibel beim Träger der praktischen Ausbildung 460h)

Lfd. Nr.	Zeitraum des Einsatzes	Bereich/ Station	Krankheitstage	Urlaubstage	Geplante Stunden	Praxisanleitung in Std. (mind. 10% der Einsatzstunden)	Unterschrift/Stempel der Pflegedienst-/ Bereichs-/ Stationsleitung
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:

Einsatz-Nr.: _____ Name der/des Auszubildenden _____

2. Nachweis über den Pflichteinsatz: Stationäre Akutpflege

<u>Rechtliche Vorgaben (PflAPrV Anlage 7)</u> (Stationäre Akutpflege 400h)							
Lfd. Nr.	Zeitraum des Einsatzes	Bereich/ Station	Krankheitstage	Urlaubstage	Geplante Stunden	Praxisanleitung in Std. (mind. 10% der Einsatzstunden)	Unterschrift/Stempel der Pflegedienst-/ Bereichs-/ Stationsleitung
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:

Einsatz-Nr.: _____ Name der/des Auszubildenden _____

3. Nachweis über den Pflichteinsatz: Stationäre Langzeitpflege

<u>Rechtliche Vorgaben (PflAPrV Anlage 7)</u> (Stationäre Langzeitpflege 400h)							
Lfd. Nr.	Zeitraum des Einsatzes	Bereich/ Station	Krankheitstage	Urlaubstage	Geplante Stunden	Praxisanleitung in Std. (mind. 10% der Einsatzstunden)	Unterschrift/Stempel der Pflegedienst-/ Bereichs-/ Stationsleitung
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:

Einsatz-Nr.: _____ Name der/des Auszubildenden _____

4. Nachweis über den Pflichteinsatz: Ambulante Akut-/Langzeitpflege

<u>Rechtliche Vorgaben (PflAPrV Anlage 7)</u> (Ambulante Akut-/Langzeitpflege 400h)							
Lfd. Nr.	Zeitraum des Einsatzes	Bereich/ Station	Krankheitstage	Urlaubstage	Geplante Stunden	Praxisanleitung in Std. (mind. 10% der Einsatzstunden)	Unterschrift/Stempel der Pflegedienst-/ Bereichs- /Stationsleitung
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:

Einsatz-Nr.: _____ Name der/des Auszubildenden _____

5. Nachweis über den Pflichteinsatz: Pädiatrische Versorgung

Rechtliche Vorgaben (PflAPrV Anlage 7)

(Pädiatrische Versorgung 60-120h)

Lfd. Nr.	Zeitraum des Einsatzes	Bereich/ Station	Krankheitstage	Urlaubstage	Geplante Stunden	Praxisanleitung in Std. (mind. 10% der Einsatzstunden)	Unterschrift/Stempel der Pflegedienst-/ Bereichs-/ Stationsleitung
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:

Einsatz-Nr.: _____ Name der/des Auszubildenden _____

6. Nachweis über den Pflichteinsatz: Psychiatrische Versorgung

<u>Rechtliche Vorgaben (PflAPrV Anlage 7)</u> (Psychiatrische Versorgung 120h)							
Lfd. Nr.	Zeitraum des Einsatzes	Bereich/ Station	Krankheitstage	Urlaubstage	Geplante Stunden	Praxisanleitung in Std. (mind. 10% der Einsatzstunden)	Unterschrift/Stempel der Pflegedienst-/ Bereichs-/ Stationsleitung
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:

Einsatz-Nr.: _____ Name der/des Auszubildenden _____

7. Nachweis über den Vertiefungseinsatz: II. – IV.1

Rechtliche Vorgaben (PflAPrV Anlage 7)

(Im Bereich eines Pflichteinsatzes 500h)

Lfd. Nr.	Zeitraum des Einsatzes	Bereich/ Station	Krankheitstage	Urlaubstage	Geplante Stunden	Praxisanleitung in Std. (mind. 10% der Einsatzstunden)	Unterschrift/Stempel der Pflegedienst-/ Bereichs- /Stationsleitung
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:

Einsatz-Nr.: _____ Name der/des Auszubildenden _____

8. Nachweis über weitere Einsätze/Stunden zur freien Verteilung

Rechtliche Vorgaben (PflAPrV Anlage 7)
 (Weiterer Einsatz/ Freie Verteilung jeweils 80h insgesamt 160h)

Lfd. Nr.	Zeitraum des Einsatzes	Bereich/ Station	Krankheitstage	Urlaubstage	Geplante Stunden	Praxisanleitung in Std. (mind. 10% der Einsatzstunden)	Unterschrift/Stempel der Pflegedienst-/ Bereichs-/ Stationsleitung
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:
							Unterschrift/ Stempel: Ansprechpartner:

Einsatz-Nr.: _____
Auszubildenden _____

Name der/des



Einsatznachweis

Einrichtung	
<input type="checkbox"/>	Träger der praktischen Ausbildung
<input type="checkbox"/>	Andere Einrichtung:
<input type="checkbox"/>	Wohnbereich: _____
<input type="checkbox"/>	Station: _____
	Fachrichtung: _____
Einsatzform	
<input type="checkbox"/>	I Orientierungseinsatz
	II Pflichteinsatz
<input type="checkbox"/>	1. Stationäre Akutpflege
<input type="checkbox"/>	2. Stationäre Langzeitpflege
<input type="checkbox"/>	3. Ambulante Akut-/Langzeitpflege
<input type="checkbox"/>	III Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung
<input type="checkbox"/>	IV Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung
<input type="checkbox"/>	V Vertiefungseinsatz im Bereich eines Pflichteinsatzes
<input type="checkbox"/>	VI Weiterer Einsatz / frei verteilte Stunden im Bereich des Vertiefungseinsatzes
Nachweis der praktischen Stunden ²	
Praxiseinsatz vom _____	bis _____
Geplanter gesamter Stundenumfang:	_____
Geleisteter gesamter Stundenumfang:	_____
Datum / Unterschrift (Einrichtung)	_____

Kenntnisnahme durch die/den Auszubildende/-n bzw. gesetzlicher Vertretung

Datum / Unterschrift _____

² Von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen.

Einsatz-Nr.: _____
 Auszubildenden _____

Name der/des



Einarbeitungsnachweis	
Der/ Die Auszubildende wurde informiert über ...	am/von ... (Datum/Pflegekraft)
Begrüßung/Vorstellung	
Mitarbeiter und Vorgesetzte (Pflegekräfte, Bereichsleitung, Pflegedienstleitung, Mitarbeiter anderer Berufsgruppen)	
Patienten, Bewohner	
Pflegedienstleitung, Mitarbeiter der Verwaltung	

Demonstration der Räumlichkeiten	
Hausübersicht (Funktionsbereiche: EKG, Endoskopie, Röntgen, Sonographie, Echokardiographie, Dialyse, Sterilisation, Labor, ...)	
Abteilungsübersicht, Dienstzimmer, Personal- und Umkleieräume, Personaltoilette, Lager, Geräteraum, ...	
Pflegebereich: Pflegezimmer, Station, Wohnbereich (Appartements, ...), Gemeinschaftsraum, Patiententoilette, Wäsche-, Fäkalienraum, ...	
Sonstiges: Pforte, Kapelle, Therapieräume, ...	

Technische Einweisung	
Medizinische Geräte (MedGV)	
Hilfsmittel wie Gehstützen, Rollstühle, Aufzüge ... (Übersicht, ggf. separater Einweisungsnachweis)	
Telefonanlage (Telefonliste), EDV-Anlage, Softwareprogramme, ...	
Fuhrpark (Fahrzeuge)	

Erläuterungen zur Organisation	
Dienstplan (Arbeitszeiten, Pausenregelung, Wochenendeinteilung)	
Urlaub, Verhalten bei Krankheit	
Verhalten im Notfall, Brandfall, Fluchtweg, Notfallplan	
Belegungsplan, Pflegetour (Straßenplan) im ambulanten Pflegedienst	
Kooperationspartner (Arzt, Physiotherapie, Fußpflege, Friseur, ...)	

Pflegebezogene Einarbeitung	
Institutionsträger, Pflegeleitbild, Pflegestandards	
Hygieneplan	
Aufnahme-, Entlassungsformalitäten	
Pflegehilfsmittel (Materialien für die Pflege)	

Praxisanleiter/-in
 Datum / Unterschrift

Auszubildende/r
 Datum / Unterschrift

Einsatz-Nr.: _____
Auszubildenden _____

Name der/des



Erstgespräch (Innerhalb der ersten 7 Arbeitstage)	
Das Erstgespräch erfolgte am _____	
Anwesende	
<input type="checkbox"/>	Auszubildende/-r
<input type="checkbox"/>	Praxisanleiter/-in (Name): _____
<input type="checkbox"/>	Andere (Name / Funktion): _____
Dokumentation des Erstgesprächs	
Reflexion der Ausbildungssituation - Reflexion der Erwartungen der/des Auszubildenden und der/des Praxisanleitenden für diesen Einsatz.	
Ziele des Praxiseinsatzes - Anzubahnende Kompetenzen nach Lernangebot, Ausbildungsplan sowie individuellen Zielen der/des Auszubildenden. Vereinbarte Arbeits- und Lernaufgaben: siehe Tabelle.	
Lern- und Arbeitsaufgaben der Pflegeschule - Titel der Aufgaben und ggf. Unterstützungsbedarf.	
Ergebnis und Vereinbarungen - Absprachen zum Verlauf des Einsatzes mit den geplanten Anleitungssequenzen.	

Durch die nachfolgende Unterschrift wird die Teilnahme am Gespräch und die Kenntnis der Vereinbarungen bestätigt.

Praxisanleiter/-in
Datum / Unterschrift

Auszubildende/r
Datum / Unterschrift

Einsatz-Nr.: _____
Auszubildenden _____

Name der/des

Zwischengespräch (Ab einem Einsatz von vier Wochen, nach der Hälfte des Einsatzes)	
Das Zwischengespräch erfolgte am _____	
Anwesende	
<input type="checkbox"/>	Auszubildende/-r
<input type="checkbox"/>	Praxisanleiter/-in (Name): _____
<input type="checkbox"/>	Andere (Name / Funktion): _____
Dokumentation des Zwischengesprächs	
Reflexion der Ausbildungssituation – <i>Reflexion des Einsatzes durch die Gesprächsbeteiligten hinsichtlich der Zusammenarbeit, der Praxisanleitung und der Unterstützung durch das Team.</i>	
Ziele des Praxiseinsatzes – <i>Kompetenzentwicklung im Abgleich mit den vereinbarten Zielen, ggf. weitere Arbeits- und Lernaufgaben und ggf. weiterer Unterstützungsbedarf.</i>	
Lern- und Arbeitsaufgaben der Pflegeschule – <i>Bearbeitungsstand der Lern- und Arbeitsaufgaben und ggf. weiterer Unterstützungsbedarf.</i>	
Ergebnis und Vereinbarungen – <i>Empfehlungen und Vereinbarungen für den weiteren Verlauf des Einsatzes.</i>	

Durch die nachfolgende Unterschrift wird die Teilnahme am Gespräch und die Kenntnis der Vereinbarungen bestätigt.

Praxisanleiter/-in
Datum / Unterschrift

Auszubildende/r
Datum / Unterschrift

Einsatz-Nr.: _____
Auszubildenden _____

Name der/des



Abschlussgespräch (Innerhalb der letzten sieben Arbeitstage)	
Das Abschlussgespräch erfolgte am _____	
Anwesende	
<input type="checkbox"/>	Auszubildende/-r
<input type="checkbox"/>	Praxisanleiter/-in (Name): _____
<input type="checkbox"/>	Andere (Name / Funktion): _____
Dokumentation des Abschlussgesprächs	
Reflexion der Ausbildungssituation – <i>Reflexion des Einsatzes durch die Gesprächsbeteiligten hinsichtlich der Zusammenarbeit, der Praxisanleitung und der Unterstützung durch das Team.</i>	
Ziele des Praxiseinsatzes – <i>Kompetenzentwicklung im Abgleich mit den vereinbarten Zielen und Leistungseinschätzung.</i>	
Lern- und Arbeitsaufgaben der Pflegeschule – <i>Bearbeitungsstand der Lern- und Arbeitsaufgaben.</i>	
Ergebnis und Vereinbarungen – <i>Empfehlungen und Vereinbarungen für den weiteren Verlauf der Ausbildung.</i>	

Durch die nachfolgende Unterschrift wird die Teilnahme am Gespräch und die Kenntnis der Vereinbarungen bestätigt.

Praxisanleiter/-in
Datum / Unterschrift

Auszubildende/r
Datum / Unterschrift

Einsatz-Nr.: _____
Auszubildenden _____

Name der/des

Arbeits- und Lernaufgaben der Praxis					
<i>Im Erstgespräch und ggf. Zwischengespräch vereinbarte Arbeits- und Lernaufgaben nach Lernangebot, Ausbildungsplan sowie individuellen Zielen der/des Auszubildenden.</i>	Kompetenzschwerpunkte in den Kompetenzbereichen I-V nach Anlage PflAPrV ³				
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V

³ Hier einfügen: Anlage 1 (für die ersten zwei Drittel der Ausbildung), Anlage 2 (für das letzte Drittel der generalistischen Ausbildung), Anlage 3 (für das letzte Drittel der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege-Ausbildung) oder Anlage 4 (für das letzte Drittel der Altenpflege-Ausbildung).

Einsatz-Nr.: _____
 Auszubildenden _____

Name der/des



Arbeits- und Lernaufgaben der Pflegeschule					
<i>Im Erstgespräch und ggf. Zwischengespräch vereinbarte Arbeits- und Lernaufgaben nach Lernangebot, Ausbildungsplan sowie individuellen Zielen der/des Auszubildenden.</i>			Kompetenzschwerpunkte in den Kompetenzbereichen I-V nach Anlage PfiAPrV ⁴		
Abgabedatum:	I	II	III	IV	V
<p>1. Orientierungseinsatz z.B. Beobachtung</p>					
Praxisanleiter/-in			Auszubildende/r		
Datum / Unterschrift			Datum / Unterschrift		

⁴ Hier einfügen: Anlage 1 (für die ersten zwei Drittel der Ausbildung), Anlage 2 (für das letzte Drittel der generalistischen Ausbildung), Anlage 3 (für das letzte Drittel der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege-Ausbildung) oder Anlage 4 (für das letzte Drittel der Altenpflege-Ausbildung).

Einsatz-Nr.: _____
 Auszubildenden _____

Name der/des _____



Praxisanleitung			
Datum	Std.	Lerngegenstand/Lernsituation	Hz.
		<i>Stunden gesamt:</i>	

Durch die nachfolgende Unterschrift werden die praktischen Anleitungssequenzen bestätigt.

Praxisanleiter/-in
 Datum / Unterschrift

Auszubildende/r
 Datum / Unterschrift

Einsatz-Nr.: _____
Auszubildenden _____

Name der/des



Praxisbegleitung	
Die Praxisbegleitung erfolgte am _____	
Anwesende	
<input type="checkbox"/>	Auszubildende/-r
<input type="checkbox"/>	Praxisanleiter/-in (Name): _____
<input type="checkbox"/>	Lehrende/-r der Pflegeschule (Name): _____
<input type="checkbox"/>	Andere (Name / Funktion): _____
Anlass der Praxisbegleitung	
<input type="checkbox"/>	Lernberatung
<input type="checkbox"/>	Übung / Prüfungsvorbereitung
<input type="checkbox"/>	Anderer Anlass: _____
Dokumentation der Praxisbegleitung durch Auszubildende/r	
Reflexion der Ausbildungssituation – Reflexion der Verzahnung von Theorie und Praxis und der Kompetenzentwicklung im Praxiseinsatz.	
Weitere Themen / Gesprächsverlauf – Bearbeitungsstand der Lern- und Arbeitsaufgaben; ggf. Thema der praktischen Übung / Prüfungsvorbereitung.	
Ergebnis und weitere Vereinbarungen	

Durch die nachfolgende Unterschrift wird die Teilnahme am Gespräch und die Kenntnis der Vereinbarungen bestätigt.

Lehrende/-r

Datum / Unterschrift

Praxisanleiter/-in

Datum / Unterschrift

Auszubildende/r

Datum / Unterschrift

Einsatz-Nr.: _____
Auszubildenden _____

Name der/des



Beurteilung der Praxis

....ist noch in Bearbeitung...

Einsatz-Nr.: _____
Auszubildenden _____