|  | Alte Daisbacher Straße 7 a  74889 Sinsheim  Tel: 07261 946-300  Fax: 07261 946-320 |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |

Seite 1

**Besuchsbericht 1. Ausbildungsjahr 1 BFAHT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum** |  |
| **Name des/der Auszubildenden** |  |
| **Ausbildungsjahr** |  |
|  |  |
| **Anschrift der Pflegeeinrichtung** |  |
|  |  |
| **Abteilung/Wohnbereich/Station/ Tour (ambulante Pflege)** |  |
|  |  |
| **Betreuende Lehrkraft** |  |
|  |  |
| **Schule** | Albert-Schweitzer-Schule  Alte Daisbacher Straße 7 a  74889 Sinsheim |

|  | Alte Daisbacher Straße 7 a  74889 Sinsheim  Tel: 07261 946-300  Fax: 07261 946-320 |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |

Seite 2

**Einverständniserklärung**

|  |  |
| --- | --- |
| **Bewohner/-in / Patient/-in** |  |
| **Betreuer/-in** |  |
| **Stationsleitung** |  |
| **Mentor/-in / Praxisanleiter/-in** |  |

**Gliederung**

1. Aufgabenstellung für den Praxisbesuch/Aufgabenstellung Pflegebericht
2. Informationssammlung/Angaben zur Person
3. Pflegediagnose handschriftlich (ABEDLs: kommunizieren, sich pflegen, sich kleiden, sich bewegen, vitale Funktionen sichern)
4. Quellenangabe (Literatur mit Seitenangaben und vollständige Internetadresse)
   1. Fachbuchrecherche und Internetrecherche = 3 : 1

Unterschrift des Schülers/der Schülerin

Ich erkläre, dass ich den vorliegenden Bericht selbstständig angefertigt habe und wörtliche oder sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe. Außer den genannten Quellen habe ich keine Hilfsmittel verwendet.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datum |  | Auszubildende/r |

|  | Alte Daisbacher Straße 7 a  74889 Sinsheim  Tel: 07261 946-300  Fax: 07261 946-320 |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |

Seite 3

1. **Aufgabenstellung für den Praxisbesuch Pflege 1. Ausbildungsjahr  
   1 BFAHT**
2. Informationsweitergabe/Übergabegespräch

Der Bewohner/Patient wird dem Fachlehrer vorgestellt:

* Allgemeine Informationen
* Medizinische Informationen
* Probleme und Ressourcen zu den ausgewählten ABEDLs (kommunizieren, sich pflegen, sich kleiden, sich bewegen, vitale Funktionen sichern)
* Ist-Situation des Bewohners/Patienten

1. Führen Sie bei einem Bewohner/Patienten mit einer fortgeschrittenen demenziellen Erkrankung eine **aktivierende Oberkörperpflege mit Mundpflege und anschließender Dokumentation** durch.  
     
   Die Dauer der pflegerischen Tätigkeit ist auf ca. 45 Minuten begrenzt. Innerhalb dieser Zeit müssen Sie den Bewohner/Patienten vorstellen und die wichtigsten Informationen nennen.

Die Auswahl des Bewohners/Patienten muss in **Absprache mit der Mentorin/dem Mentor** erfolgen.

Benennen Sie die **Pflegeprobleme und Ressourcen** ihres ausgewählten Bewohners/Patienten zu den folgenden **ABEDLs:**

* + **Vitale Funktionen sichern**
  + **sich kleiden können**
  + **sich bewegen können**
  + **Kommunizieren können**
  + **sich pflegen können**

1. **Reflektion des Besuches und des Arbeitsauftrages:**

Nehmen Sie Stellung zu Ihrer durchgeführten Tätigkeit, z. B: Mussten Sie vom geplanten Ablauf abweichen oder ist Ihnen während der Ausführung ein Fehler unterlaufen?

1. **Aushändigen** **des Besuchsberichts** **eine Woche vor dem Praxisbesuchstermin**.
2. **Aushändigen des Praxisleitfadens am Tag des Praxisbesuchstermins.**

|  | Alte Daisbacher Straße 7 a  74889 Sinsheim  Tel: 07261 946-300  Fax: 07261 946-320 |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |

Seite 4

1. **Aufgabenstellung Pflegebericht**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum des Pflegebesuchs** | |  | |
| **Name des/der Auszubildenden** | |  | |
| **Ausbildungsjahr** | |  | |
|  | |  | |
| **Anschrift der Pflegeeinrichtung** | |  | |
|  | |  | |
| **Abteilung/Wohnbereich/Station/ Tour (ambulante Pflege)** | |  | |
|  | |  | |
| **Aufgabenstellung (Pflegemaßnahme) benennen** | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| **Unterschriften** | Klassenlehrer/-in / Lehrkraft für Pflege | |  |
|  | Auszubildende/r | |  |
|  | Wohnbereichsleiter/-in | |  |
|  | Stationsleiter/-in | |  |
|  | Mentor/-in | |  |

|  | Alte Daisbacher Straße 7 a  74889 Sinsheim  Tel: 07261 946-300  Fax: 07261 946-320 |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |

Seite 5

1. **Informationssammlung/Angaben zur Person**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name (nur Initialien): |  | | |
| Alter: |  | | |
| Geburtsort: |  | | |
| Familienstand: |  | | |
| Staatsangehörigkeit: |  | | |
| Konfession: |  | | |
|  |  |  | |
| Heimaufenthalt seit: |  | | |
| Ambulante Pflege seit: |  | | |
|  |  |  | |
| **Gründe für Heimeinzug/Ambulante Pflege:** | | | |
|  | | | |
|  |  | |  |
| Pflegegrad: |  | | |
| Betreuung nach BGB § 1899: | | | |
|  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Alte Daisbacher Straße 7 a  74889 Sinsheim  Tel: 07261 946-300  Fax: 07261 946-320 |  |
|  | | |

Seite 6

**3. Pflegediagnosen**

Zu jedem ABEDL (siehe Aufgabenstellung) sollen Sie Probleme und Ressourcen benennen. Dabei sollen Sie Schwerpunkte unter den 5 ABEDL’s (siehe S. 3) setzen.

|  |  |
| --- | --- |
| Probleme | Ressourcen |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Alte Daisbacher Straße 7 a  74889 Sinsheim  Tel: 07261 946-300  Fax: 07261 946-320 |  |
|  | | |

Seite 7

**3. Pflegediagnosen**

Zu jedem ABEDL (siehe Aufgabenstellung) sollen Sie Probleme und Ressourcen benennen. Dabei sollen Sie Schwerpunkte unter den 5 ABEDL’s (siehe S. 3) setzen.

|  |  |
| --- | --- |
| Probleme | Ressourcen |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Alte Daisbacher Straße 7 a  74889 Sinsheim  Tel: 07261 946-300  Fax: 07261 946-320 |  |
|  | | |

Seite 8

**3. Pflegediagnosen**

Zu jedem ABEDL (siehe Aufgabenstellung) sollen Sie Probleme und Ressourcen benennen. Dabei sollen Sie Schwerpunkte unter den 5 ABEDL’s (siehe S. 3) setzen.

|  |  |
| --- | --- |
| Probleme | Ressourcen |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Alte Daisbacher Straße 7 a  74889 Sinsheim  Tel: 07261 946-300  Fax: 07261 946-320 |  |
|  | | |

Seite 9

**3. Pflegediagnosen**

Zu jedem ABEDL (siehe Aufgabenstellung) sollen Sie Probleme und Ressourcen benennen. Dabei sollen Sie Schwerpunkte unter den 5 ABEDL’s (siehe S. 3) setzen.

|  |  |
| --- | --- |
| Probleme | Ressourcen |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Alte Daisbacher Straße 7 a  74889 Sinsheim  Tel: 07261 946-300  Fax: 07261 946-320 |  |
|  | | |

Seite 10

**3. Pflegediagnosen**

Zu jedem ABEDL (siehe Aufgabenstellung) sollen Sie Probleme und Ressourcen benennen. Dabei sollen Sie Schwerpunkte unter den 5 ABEDL’s (siehe S. 3) setzen.

|  |  |
| --- | --- |
| Probleme | Ressourcen |
|  |  |

|  | Alte Daisbacher Straße 7 a  74889 Sinsheim  Tel: 07261 946-300  Fax: 07261 946-320 |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |

Seite 11

**Bewertung Praxisbesuch Pflege: 1. Ausbildungsjahr 1 BFAHT**

|  |  |
| --- | --- |
| Thema: |  |
| Auszubildende/r: |  |
| Pflegeeinrichtung: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Schriftliche Ausarbeitung** | | | |
| **Bewertungskriterien** | **Max. Punktzahl** |  | **Erreichte Punktzahl** |
| Informationssammlung | 5 P. |  |  |
| Pflegeprobleme und Ressourcen zu den ausgewählten ABEDLs | 15 P. |  |  |
| Praxisleitfaden | 20 P. |  |  |
|  |  |  |  |
| Quellenangabe (Punktabzug) | max. - 2 P. |  |  |
| Sonstiges (Punktabzug)  z. B. persönliche Hygiene, Unfallverhütungsvorschriften | max. - 10 P. |  |  |
|  |  |  |  |
| Punkte insgesamt | 40 P. |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | **Note** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Praktische Durchführung** | | | |  | | | |
| unter Berücksichtigung der Fachkompetenz, Methodenkompetenz,  Personalkompetenz, Sozialkompetenz | | | | | | | |
| **Bewertungskriterien** | | | | **Max. Punktzahl** | |  | **Erreichte Punktzahl** |
| Informationsweitergabe | | | | 20 P. | |  |  |
| Durchführung der geplanten Maßnahme | | | | 20 P. | |  |  |
| Zeitmanagement | | | | 2,5 P. | |  |  |
| Reflexion | | | | 2,5 P. | |  |  |
|  | | | |  | |  |  |
| Punkte insgesamt | | | | 45 P. | |  |  |
|  | | | |  | |  |  |
|  | | | |  | | **Note** |  |
| **Bewertung insgesamt:** | | | | | | | |
| **Schriftlich:** |  | **x 1 =** |  | |  | |  |
| **Praktisch:** |  | **x 3 =** |  | |  | |  |
| **Gesamtnote:** |  | **: 4 =** |  | | Unterschrift: | |  |

|  | Alte Daisbacher Straße 7 a  74889 Sinsheim  Tel: 07261 946-300  Fax: 07261 946-320 |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |

Seite 12

**Bewertung für die Führung des Praxisleitfadens**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Auszubildende/r: |  | Schuljahr: |  |
| Ausbildungsjahr |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kriterien** | **Max. Punktabzug** | **Punktabzug** |
| Praxisleitfaden in Klemmordner   * Aussehen/Ästhetik | 2 Pkt. |  |
| Formalien und Unterschriften   * S. 5 – 9 und S. 15 (je Seite 1 Pkt.) | 4 Pkt. |  |
| Formalien und Unterschriften   * S. 16 (Schweigepflicht) | 2 Pkt. |  |
| Nachweis über zu erlernende Tätigkeit (BESTA)   * Aktueller Stand * Vollständigkeit * Unterschriften | bis 10 Pkt. |  |
| Fehlende Vorlage des Praxisleitfaden beim Praxisbesuch   * Praxisleitfaden muss am darauf folgenden Schultag nachgereicht werden | 2 Pkt. |  |
| Praxisleitfaden wird nicht vorgelegt | 20 Pkt. |  |