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

Seite 1

**Bescheinigung des praktischen Einsatzes laut § 12 (5) APrOAltPflHi**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name der/des Auszubildenden | | |  | | |
| Name der Einrichtung | | |  | | |
| Anschrift der Einrichtung | | |  | | |
|  | | |  | | |
| Name der/des verantwortlichen Anleiters/-in | | |  | | |
| **Bitte ankreuzen** | | |  | | |
| stationäre Altenpflegeeinrichtung | | | Ambulante/offene Einrichtung der Altenpflege | | |
|  | | |  | | |
| **Von der verantwortlichen Ausbildungseinrichtung auszufüllen:** | | | | | |
| **Externer Einsatz** | | | von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Anzahl der Stunden des externen Einsatzes | | |  | |  |
|  | | |  | | |
| Die/der Auszubildende hat die lt. APrOAltPflHi und Kooperationsvertrag vorgeschriebene praktische Ausbildung | | | | | |
| absolviert | | | nicht absolviert | | |
| Ausbildungsbereiche der/des Auszubildenden: | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
| Fehlzeiten der/des Auszubildenden in der Praxisstelle | | |  | | (Anzahl der Fehlstunden) |
|  | |  |  | | |
| Ort, Datum | |  | Unterschrift, Stempel (Einrichtung) | | |
| Ausgabedatum: |  |  | Rückgabedatum: |  | |
|  |  | bitte wenden | | | |

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

Seite 2

**Bescheinigung der fachlichen Anleitung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hiermit bestätigen wir die fachliche Anleitung im Umfang von 25 Stunden je Schulhalbjahr nach § 19 Abs. 4 Nr. 4 des Gesetzes zur Änderung des Landespflegegesetzes und anderer beruflicher Abschriften vom 15. Juni 2010. | | |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift | HL | PDL oder Mentor/-in  Stempel (Einrichtung) |

**(Während der Außeneinsätze muss eine anteilige fachliche Anleitung der Schüler/ Schülerinnen erfolgen.)**

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

Seite 3

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Beurteilung nach Einzelkriterien** | Erfüllt die Anforderungen | | | |
| In vollem Umfang | Im Allgemeinen | Teilweise | Nicht |
| **+ +** | **+** | **0** | **-** |
|  | | | | |
| 1. **Persönlicher Einsatz** | | | | |
| * Pünktlichkeit |  |  |  |  |
| * Zuverlässigkeit |  |  |  |  |
| * Eigenes Engagement |  |  |  |  |
|  | | | | |
| 1. **Berufliche Haltung** | | | | |
| * Arbeitsinteresse |  |  |  |  |
| * Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten |  |  |  |  |
| * Verantwortungsbereitschaft |  |  |  |  |
| * Belastbarkeit |  |  |  |  |
| * Berufsangemessenes äußeres Erscheinungsbild |  |  |  |  |
| * Haltung und persönliches Auftreten |  |  |  |  |
|  | | | | |
| 1. **Umgang mit BW/Mitarbeitern/Vorgesetzten** | | | | |
| * Umgang mit BW, Klienten, Patienten |  |  |  |  |
| * Teamfähigkeit |  |  |  |  |
| * Einhalten von Absprachen |  |  |  |  |
| * Kritikfähigkeit |  |  |  |  |
| * Freundlichkeit, Höflichkeit, Hilfsbereitschaft |  |  |  |  |
|  | | | | |
| 1. **Berufliche und fachliche Eignung der/des Auszubildenden** | | | | |
| Datum Unterschrift Mentor/-in | | | | |