|  | Alte Daisbacher Straße 7 a74889 Sinsheim Tel: 07261 946-300Fax: 07261 946-320 | oes-logo, s-w |
| --- | --- | --- |
|  |

Seite 1

**Bescheinigung des praktischen Einsatzes laut § 2 (4) AltPflAPrV**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der/des Auszubildenden |  |
| Name der Einrichtung |  |
| Anschrift der Einrichtung |  |
|  |  |
| Name der/des verantwortlichen Anleiters/-in |  |
| **Bitte ankreuzen** |  |
| Ausbildungsjahr | [ ]  1. Schuljahr | [ ]  2. Schuljahr | [ ]  3. Schuljahr |
| [ ]  stationäre Altenpflegeeinrichtung | [ ]  Ambulante/offene Einrichtung der Altenpflege |
| [ ]  Allgemeinkrankenhaus/geriatrische Fachklinik | [ ]  Gerontopsychiatrische Einrichtung |
| [ ]  Sonstige Einrichtungen |  |
|  |  |
| **Nur auszufüllen bei externem Einsatz** | von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Anzahl der Stunden des externen Einsatzes |  |  |
|  |  |
| Die/der Auszubildende hat die lt. AltPflAPrV und Kooperationsvertrag vorgeschriebene praktische Ausbildung  |
| [ ]  absolviert | [ ]  nicht absolviert |
| Ausbildungsbereiche der/des Auszubildenden |  |
|  |  |
|  |  |
| Fehlzeiten der/des Auszubildendenin der Praxisstelle |  | (Anzahl der Fehlstunden) |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift | HL | PDL oder Mentor/-inStempel (Einrichtung) |
| Ausgabedatum: |  |  | Rückgabedatum: |  |
|  |  | bitte wenden |

|  | Alte Daisbacher Straße 7 a74889 Sinsheim Tel: 07261 946-300Fax: 07261 946-320 | oes-logo, s-w |
| --- | --- | --- |
|  |

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/-inStempel (Einrichtung) |

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

|  | Alte Daisbacher Straße 7 a74889 Sinsheim Tel: 07261 946-300Fax: 07261 946-320 | oes-logo, s-w |
| --- | --- | --- |
|  |

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 |