

Einsatznachweis

für die praktische Ausbildung
zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann*

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 PfIBG**

Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/Gesundheits- und Kinderkrankenschwester mit Vertiefungseinsatz im Bereich der pädiatrischen Versorgung (nach § 59 Abs. 2 PfIBG)

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 PfIBG)

Ausübung des Wahlrechtes am _____ (Datum)

Anpassung des Ausbildungsvertrages nach § 59 Abs. 5 PfIBG am _____ (Datum)

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 Stunden¹
Praxiseinsatz vom _____ bis _____ Geplanter gesamter Stundenumfang: _____ Geleisteter gesamter Stundenumfang: _____ Datum / Unterschrift (Einrichtung) _____

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

Datum / Unterschrift _____

¹ Von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen.

Einsatz-Nr.: _____

Name der/des Auszubildenden _____

Erstgespräch
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 - <i>Reflexion der Erwartungen der/des Auszubildenden und der/des Praxisanleitenden für diesen Einsatz.</i> <div style="height: 150px;"></div>
Ziele des Praxiseinsatzes - <i>Anzubahnende Kompetenzen nach Lernangebot, Ausbildungsplan sowie individuellen Zielen der/des Auszubildenden. Vereinbarte Arbeits- und Lernaufgaben: siehe Tabelle.</i> <div style="height: 150px;"></div>
Lern- und Arbeitsaufgaben der Pflegeschule - <i>Titel der Aufgaben und ggf. Unterstützungsbedarf.</i> <div style="height: 150px;"></div>
Ergebnis und Vereinbarungen - <i>Absprachen zum Verlauf des Einsatzes mit den geplanten Anleitungssequenzen.</i> <div style="height: 150px;"></div>

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.: _____

Name der/des Auszubildenden _____

Zwischengespräch
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 – Reflexion des Einsatzes durch die Gesprächsbeteiligten hinsichtlich der Zusammenarbeit, der Praxisanleitung und der Unterstützung durch das Team.
Ziele des Praxiseinsatzes – Kompetenzentwicklung im Abgleich mit den vereinbarten Zielen, ggf. weitere Arbeits- und Lernaufgaben und ggf. weiterer Unterstützungsbedarf.
Lern- und Arbeitsaufgaben der Pflegeschule – Bearbeitungsstand der Lern- und Arbeitsaufgaben und ggf. weiterer Unterstützungsbedarf.
Ergebnis und Vereinbarungen – Empfehlungen und Vereinbarungen für den weiteren Verlauf des Einsatzes.

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.: _____

Name der/des Auszubildenden _____

Abschlussgespräch
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 – Reflexion des Einsatzes durch die Gesprächsbeteiligten hinsichtlich der Zusammenarbeit, der Praxisanleitung und der Unterstützung durch das Team. <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
Ziele des Praxiseinsatzes – Kompetenzentwicklung im Abgleich mit den vereinbarten Zielen und Leistungseinschätzung. <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
Lern- und Arbeitsaufgaben der Pflegeschule – Bearbeitungsstand der Lern- und Arbeitsaufgaben. <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
Ergebnis und Vereinbarungen – Empfehlungen und Vereinbarungen für den weiteren Verlauf der Ausbildung. <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>

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.: _____

Name der/des Auszubildenden _____

Arbeits- und Lernaufgaben					
<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 ²				
	I	II	III	IV	V

² 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).

Name der/des Auszubildenden _____

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
