

Einsatz-Nr.: _____

Name der/des Auszubildenden: _____

Kontrollblatt praktische Einsätze

- Einsatznachweis
- Erstgespräch
- Zwischengespräch
(notwendig ab 4 Wochen Einsatz)
- Praxisanleitung
- Legende zur Kompetenzentwicklung
- Lernüberprüfung mit Notenbildung
(Orientierungseinsatz 3x, Pflichteinsätze 1x, Vertiefungseinsätze 2x)
- Übersicht der Lernüberprüfungen des Einsatzes
(Vorlage zur Ermittlung der Jahresnote)
- Abschlussgespräch mit Leistungseinschätzung
- Fehlzeitenzettel
- Stand der Kompetenzentwicklung
- Feedback für die / den Auszubildende/n
- Praktischer Ausbildungsplan der jeweiligen Einrichtung

Einsatz-Nr.: _____

Name der/des Auszubildenden: _____

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: _____ davon _____ Std. Urlaub _____ Std. krank _____ sonstige Std.
Anzahl der geleisteten Praxisanleitungsstunden: _____
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>	
Ziele des Praxiseinsatzes - <i>Anzubahnende Kompetenzen nach Lernangebot, Ausbildungsplan sowie individuellen Zielen der/des Auszubildenden. Vereinbarte Arbeits- und Lernaufgaben: siehe Tabelle.</i>	
Lern- und Arbeitsaufgaben der Pflegefachschule - <i>Titel der Aufgaben und ggf. Unterstützungsbedarf.</i>	
Ergebnis und Vereinbarungen - <i>Absprachen zum Verlauf des Einsatzes mit den geplanten Anleitungssequenzen.</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.: _____

Name der/des Auszubildenden: _____

Zwischengespräch

Das Zwischengespräch erfolgte am _____

Anwesende

- Auszubildende/-r
- Praxisanleiter/-in (Name): _____
- 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 Pflegefachschule – *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: _____

Praxisbegleitung
Die Praxisbegleitung erfolgte am _____
Anwesende
<input type="checkbox"/> Auszubildende/-r
<input type="checkbox"/> Praxisanleiter/-in (Name): _____
<input type="checkbox"/> Lehrende/-r der Pflegefachschule (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
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

Praxisanleiter/-in

Auszubildende/r

Datum / Unterschrift

Datum / Unterschrift

Datum / Unterschrift

Einsatz-Nr.: _____

Name der/des Auszubildenden: _____

Zwischenprüfung 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

Einsatz-Nr.: _____

Name der/des Auszubildenden: _____

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

<p>Nachtdienste konnten nicht / nicht im Mindestumfang von 80 Stunden durchgeführt werden</p> <input type="checkbox"/> aus Gründen gesetzlicher Bestimmungen zum Jugendarbeitsschutz / Mutterschutz <input type="checkbox"/> aus anderen Gründen, und zwar: _____
Datum / Unterschrift (Einrichtung) _____
Kenntnisnahme durch die/den Auszubildende/-n bzw. gesetzlicher Vertretung Datum / Unterschrift _____