

Beispiel¹

Ausbildungsnachweis

anhand eines exemplarischen Kompetenzschwerpunktes

(Jede Einsatzstelle sollte möglichst alle Kompetenzbereiche ausreichend berücksichtigen und die Arbeits- und Lernaufgaben individuell entsprechend dem Ausbildungsstand des Schülers und dem Lernangebot des Einsatzgebietes anpassen.)

¹ Dieses Beispiel ist exemplarisch für einen Träger der praktischen Ausbildung in der stationären Langzeitpflege erarbeitet worden. Infolge eines generalistischen Pflegeverständnisses kann dieses Beispiel auf alle Versorgungsbereiche im Hinblick auf den Kompetenzerwerb der Auszubildenden angewandt werden.

Ausbildungsnachweis
für die praktische Ausbildung
zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann*

Name der/des Auszubildenden	
Max Mustermann	
Anschrift	
Alle 3 84532 Musterstadt	
Kurs-Nr.	
S20I	
Träger der praktischen Ausbildung	
Pflegeheim Sonnenschein Musterstadt	
Pflegeschule	
Pflegeschule Musterstadt	
Ausbildungsbeginn	Ausbildungsende lt. Ausbildungsvertrag
01.09.2020	31.08.2023
Verantwortliche Kontaktperson der Pflegeschule / Kursleitung	
Serap Schmidt	
Verantwortliche Kontaktperson des Ausbildungsträgers / Praxisanleitung	
Dieter Müller	
Versorgungsbereich des Vertiefungseinsatzes lt. Ausbildungsvertrag	
Stationäre Langzeitpflege	
*Nur bei Ausübung des Wahlrechts genehmigte Änderung der Berufsbezeichnung nach §§ 58 - 60 PfIBG	
<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit Vertiefungseinsatz im Bereich der pädiatrischen Versorgung (nach § 59 Abs. 2 PfIBG)	
<input type="checkbox"/> 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)

Übersicht der Praxiseinsätze

Ausbildungsverlauf als Auszug aus dem Ausbildungsplan nach § 6 Abs. 3 PflBG

Ein- satz- Nr	Einsatzform									Einrichtung	Einsatzbereich	Zeitraum von – bis	Stunden	
	Bezeichnung nach Anlage 7 PflAPrV													
	I Orientierungs-ein- satz	Pflichteinsätze						V Vertiefungs-ein- satz ²	VI 1. weiterer Ein- satz					VI 2. Stunden zur freien Verteilung
II 1. Stationäre Akutpflege		II 2. Stationäre Langzeitpflege	II 3. Ambulante Akut-/Langzeit- pflege*	III Pädiatrische Versorgung	IV Psychiatri- sche Versor- gung									
1	x										Pflegeheim Sonnen- schein Musterstadt	Wohnbereich 1	xx.xx.2020 – xx.xx.2021	Mind. 400
2				x							Ambulanter Pflege- dienst Abendrot		xx.xx.2021 – xx.xx.2021	Mind. 400
3			x								Pflegeheim Sonnen- schein Musterstadt	Wohnbereich 3	xx.xx.2021 – xx.xx.2022	Mind. 400
4					x						Kinderklinik Musterstadt	Chirurgie	xx.xx.2022 – xx.xx.2022	120
5		x									Klinikum Musterstadt	Onkologie/ Hämatologie	xx.xx.2022 – xx.xx.2022	Mind. 400
6							x				Pflegeheim Sonnen- schein Musterstadt	Wohnbereich 4	xx.xx.2022 – xx.xx.2023	

² Der Vertiefungseinsatz findet im Bereich der allgemeinen Akutpflege in stationären Einrichtungen, der allgemeinen Langzeitpflege in stationären Einrichtungen, der allgemeinen ambulanten Akut- und Langzeitpflege, der pädiatrischen Versorgung oder der psychiatrischen Versorgung statt. Im Bereich der ambulanten Akut- und Langzeitpflege kann er auf den Bereich der ambulanten Langzeitpflege ausgerichtet werden (vgl. § 7 Abs. 4 PflBG).

Ein- satz- Nr	Einsatzform Bezeichnung nach Anlage 7 PflAPrV									Einrichtung	Einsatzbereich	Zeitraum von – bis	Stunden	
	I Orientierungs-ein- satz	Pflichteinsätze						V Vertiefungs-ein- satz ²	VI 1. weiterer Ein- satz					VI 2. Stunden zur freien Verteilung
		II 1. Stationäre Akutpflege	II 2. Stationäre Langzeitpflege	II 3. Ambulante Akut-/Langzeit- pflege*	III Pädiatrische Versorgung	IV Psychiatri- sche Versor- gung	V							
7								x			Demenzberatungsstelle Musterstadt		xx.xx.2023 – xx.xx.2023	80
6							x		x		Pflegeheim Sonnen- schein Musterstadt	Wohnbereich 4	xx.xx.2023 – xx.xx.2023	580
8						x					Psychiatrische Klinik Musterstadt	Station mit Schwerpunkt Depression	xx.xx.2023 – xx.xx.2023	120

Träger der praktischen Ausbildung

Datum / Unterschrift

Pflegeschule

Datum / Unterschrift

Auszubildende/r

Datum / Unterschrift

Einsatznachweis

Einrichtung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Träger der praktischen Ausbildung
<input type="checkbox"/>	Andere Einrichtung: Einrichtungsschwerpunkt:
<input checked="" type="checkbox"/>	Wohnbereich: 1
<input type="checkbox"/>	Station: _____ Fachrichtung: _____
Einsatzform	
<input checked="" 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
Einsatzprofil	
<u>Fact-Sheet insbesondere im Hinblick auf die CE (einfügen/abheften/digital bereitstellen)</u>	
Nachweis der praktischen Stunden ³	
Praxiseinsatz vom xx.xx.2020 bis xx.xx.2020	
Geplanter gesamter Stundenumfang in Zeitstunden: _____	
Stundenumfang 10% Praxisanleitung: <input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt	
Fehlzeiten: _____ davon : _____ <input type="checkbox"/> unentschuldigt _____ <input type="checkbox"/> entschuldigt	
Geleisteter gesamter Stundenumfang: _____	
Datum / Unterschrift (Einrichtung) _____	

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

Datum / Unterschrift _____

³ Von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen; Angabe immer in Zeitstunden

Erstgespräch

Das Erstgespräch erfolgte am _____

Anwesende

- Auszubildende/-r
- Praxisanleiter/-in (Name): _____
- Andere (Name / Funktion): _____

Dokumentation des Erstgesprächs

Reflexion der Ausbildungssituation - *Reflexion der Erwartungen der/des Auszubildenden und der/des Praxisanleitenden für diesen Einsatz.*

Ziele des Praxiseinsatzes - *Anzubahnende Kompetenzen nach Lernangebot, Ausbildungsplan sowie individuellen Zielen der/des Auszubildenden. Vereinbarte Arbeits- und Lernaufgaben: siehe Tabelle.*

Lern- und Arbeitsaufgaben der Pflegeschule - *Titel der Aufgaben und ggf. Unterstützungsbedarf.*

Ergebnis und Vereinbarungen - *Absprachen zum Verlauf des Einsatzes mit den geplanten Anleitungssequenzen.*

Durch die nachfolgende Unterschrift wird die Teilnahme am Gespräch und die Kenntnis der Vereinbarungen bestätigt.

Praxisanleiter/-in

Datum / Unterschrift

Auszubildende/r

Datum / Unterschrift

Zwischengespräch (für Einsätze über 120 Std.)

Das Zwischengespräch erfolgte am _____

Anwesende

- Auszubildende/-r
- Praxisanleiter/-in (Name): _____
- Andere (Name / Funktion): _____

Dokumentation des Zwischengesprächs

Reflexion der Ausbildungssituation – *Reflexion des Einsatzes durch die Gesprächsteilnehmer 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

Abschlussgespräch

Das Abschlussgespräch erfolgte am _____

Anwesende

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

Ziele des Praxiseinsatzes – *Kompetenzentwicklung im Abgleich mit den vereinbarten Zielen und Leistungseinschätzung.*

Lern- und Arbeitsaufgaben der Pflegeschule – *Bearbeitungsstand der Lern- und Arbeitsaufgaben.*

Ergebnis und Vereinbarungen – *Empfehlungen und Vereinbarungen für den weiteren Verlauf der Ausbildung.*

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.: 1

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

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 1 PfiAPrV				
	I	II	III	IV	V
Gangbilder bei Pflegebedürftigen mit geringem Grad an Pflegebedürftigkeit beobachten und Unterschiede erkennen. Sturzrisikoeinschätzung mittels geeignetem Assessment für einen Pflegebedürftigen mit geringem Grad an Pflegebedürftigkeit mit der Pflegefachperson vornehmen. Den Pflegebedürftigen bei der Mobilisation vom Liegen zum Stehen ggf. mit Hilfsmitteln unterstützen und dabei individuell vorhandene Ressourcen fördern. Die Mobilität anhand eines Assessments zur Dekubitusrisikobeurteilung einschätzen.	I.2				
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V

Einsatz-Nr.: 1

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

Praxisanleitung										
Datum	Std.	Lerngegenstand/ Lernsituation	Anmerkungen (z. B. Lernform, Methoden)	Kompetenzbereich					Name PA	
				I.	II.	III.	IV.	V.		
xx.xx. 2020	8	<p><i>Gangbild und Bewegungsabläufe bei mindestens 5 Bewohnerinnen und Bewohnern beobachten. Assessment zur Ermittlung des Sturzrisikos erklären und bei diesen 5 Bewohnerinnen und Bewohnern anwenden lassen.</i></p> <p><i>Beobachtungen bei einer Bewohnerin/ einem Bewohner dokumentieren und Pflegeplanung situativ anpassen. Assessment zur Dekubitusrisikoeinschätzung erklären und an dieser Bewohnerin/ diesem Bewohner anwenden lassen.</i></p> <p><i>Einrichtungsinternen Hilfsmittelbestand für eine sichere/ unterstützende Mobilität erkunden.</i></p>	<i>Einzelanleitung</i>	I.2						Heidrun Schmidt
<i>Stunden gesamt:</i>										

Durch die nachfolgende Unterschrift werden die praktischen Anleitungssequenzen bestätigt.

Praxisanleiter/-in
Datum / Unterschrift

Auszubildende/r
Datum / Unterschrift

Einsatz-Nr.: 2

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

Einsatznachweis

Einrichtung
<input type="checkbox"/> Träger der praktischen Ausbildung <input checked="" type="checkbox"/> Andere Einrichtung: Ambulanter Pflegedienst Abendrot Einrichtungsschwerpunkt: <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 checked="" 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
Einsatzprofil
<u>Fact-Sheet insbesondere im Hinblick auf die CE (einfügen/abheften/digital bereitstellen)</u>
Nachweis der praktischen Stunden⁴
Praxiseinsatz vom xx.xx.2021 bis xx.xx.2021 Geplanter gesamter Stundenumfang in Zeitstunden: _____ Stundenumfang 10% Praxisanleitung: <input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt Fehlzeiten: _____ davon : _____ <input type="checkbox"/> unentschuldigt _____ <input type="checkbox"/> entschuldigt Geleisteter gesamter Stundenumfang: _____ Datum / Unterschrift (Einrichtung) _____

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

Datum / Unterschrift _____

⁴ Von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen; Angabe immer in Zeitstunden

Einsatz-Nr.: 2

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

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 1 PfiAPrV				
	I	II	III	IV	V
<p>Zu pflegende Menschen mit einem geringen Pflegebedarf bei der Mobilität im häuslichen Umfeld beobachten.</p> <p>Risiken im Bewegungsverhalten und im häuslichen Umfeld erkennen. Sturzrisikoeinschätzung mittels geeignetem Assessment durchführen.</p> <p>Hilfsmittelbedarf, welche der Bewegungsförderung dienen, einschätzen und mit der Pflegefachperson besprechen.</p> <p>Beim Positionswechsel im Bett unterstützen und dabei auf die persönliche Gesunderhaltung achten. Die Mobilität anhand eines Assessments zur Dekubitusrisikobeurteilung einschätzen.</p>	I.2				
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V

Einsatz-Nr.: 2

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

Praxisanleitung										
Datum	Std.	Lerngegenstand/ Lernsituation	Anmerkungen (z. B. Lernform, Methoden)	Kompetenzbereich					Name PA	
				I.	II.	III.	IV.	V.		
xx.xx. 2021	4	<i>Menschen mit einem geringen Pflegebedarf beim Duschen unterstützen. Vor- und Nachbereitung der Durchführung. Im Besonderen auf die Bewegungsabläufe des Menschen achten, Ressourcen des Menschen und vorhandene Hilfsmittel einbeziehen. Persönliche Gesunderhaltung bei der Durchführung beachten und im Nachgang reflektieren. Assessments zur Sturz- und Dekubitusrisikoeinschätzung wiederholen und anwenden lassen.</i>	<i>Einzelanleitung</i>	I.2						Tarik Yildiz
<i>Stunden gesamt:</i>										

Durch die nachfolgende Unterschrift werden die praktischen Anleitungssequenzen bestätigt.

Praxisanleiter/-in
Datum / Unterschrift

Auszubildende/r
Datum / Unterschrift

Einsatz-Nr.: 3

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

Einsatznachweis

Einrichtung
<input checked="" type="checkbox"/> Träger der praktischen Ausbildung <input type="checkbox"/> Andere Einrichtung: Einrichtungsschwerpunkt: _____ <input type="checkbox"/> Wohnbereich: 3 <input type="checkbox"/> Station: _____ Fachrichtung: _____
Einsatzform
<input type="checkbox"/> I Orientierungseinsatz II Pflichteinsatz <input type="checkbox"/> 1. Stationäre Akutpflege <input checked="" 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
Einsatzprofil
<u>Fact-Sheet insbesondere im Hinblick auf die CE (einfügen/abheften/digital bereitstellen)</u>
Nachweis der praktischen Stunden⁵
Praxiseinsatz vom xx.xx.2021 bis xx.xx.2022 Geplanter gesamter Stundenumfang in Zeitstunden: _____ Stundenumfang 10% Praxisanleitung: <input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt Fehlzeiten: _____ davon : _____ <input type="checkbox"/> unentschuldigt _____ <input type="checkbox"/> entschuldigt Geleisteter gesamter Stundenumfang: _____ Datum / Unterschrift (Einrichtung) _____

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

Datum / Unterschrift _____

⁵ Von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen; Angabe immer in Zeitstunden

Einsatz-Nr.: 3

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

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 1 PfiAPrV				
	I	II	III	IV	V
Kontrakturen bei zu pflegenden Menschen mit einem mittleren Pflegebedarf erkennen und interpretieren. Maßnahmen der Kontrakturenprophylaxe mit der Pflegefachperson und dem interdisziplinären Team besprechen und anwenden. Sturz- und Dekubitusrisiko mittels geeigneter Assessments einschätzen.	I.2				
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V

Einsatz-Nr.: 3

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

Praxisanleitung									
Datum	Std.	Lerngegenstand/ Lernsituation	Anmerkungen (z. B. Lern- form, Metho- den)	Kompetenzbereich					Name PA
				I.	II.	III.	IV.	V.	
xx.xx. 2021	8	<p><i>Im Wohnbereich Pflegebedürftige identifizieren die von Kontrakturen bedroht sind und erläutern warum. Anhand der vorliegenden Dokumentation evaluieren, welche prophylaktischen Maßnahmen ergriffen werden.</i></p> <p><i>In der Gruppe eine angemessene Übungseinheit „Bewegungsübungen zur Vorbeugung von Kontrakturen“ erarbeiten und im Selbstversuch erproben.</i></p> <p><i>In Einzelanleitung erarbeitete Übung bei einem kontrakturgefährdeten Pflegebedürftigen durchführen.</i></p> <p><i>Geeignete Assessments zur Sturz- und Dekubitusrisikoeinschätzung vergleichen und an dem kontrakturgefährdeten Pflegebedürftigen anwenden lassen.</i></p>	<p><i>Gruppenanleitung / Einzelanleitung</i></p>	1.2					Anna Gatz
<i>Stunden gesamt:</i>									

Durch die nachfolgende Unterschrift werden die praktischen Anleitungssequenzen bestätigt.

Praxisanleiter/-in

Datum / Unterschrift

Auszubildende/r

Datum / Unterschrift

Einsatz-Nr.: 4

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

Einsatznachweis

Einrichtung
<input type="checkbox"/> Träger der praktischen Ausbildung <input checked="" type="checkbox"/> Andere Einrichtung: Kinderklinik Musterstadt Einrichtungsschwerpunkt: <input type="checkbox"/> Wohnbereich: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Station: 7 Fachrichtung: Chirurgie
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 checked="" 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
Einsatzprofil
<u>Fact-Sheet insbesondere im Hinblick auf die CE (einfügen/abheften/digital bereitstellen)</u>
Nachweis der praktischen Stunden⁶
Praxiseinsatz vom xx.xx.2022 bis xx.xx.2022 Geplanter gesamter Stundenumfang in Zeitstunden: _____ Stundenumfang 10% Praxisanleitung: <input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt Fehlzeiten: _____ davon : _____ <input type="checkbox"/> unentschuldigt _____ <input type="checkbox"/> entschuldigt Geleisteter gesamter Stundenumfang: _____ Datum / Unterschrift (Einrichtung) _____

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

Datum / Unterschrift _____

⁶ Von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen; Angabe immer in Zeitstunden

Einsatz-Nr.: 4

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

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 1 PfiAPrV				
	I	II	III	IV	V
Bewegungsmuster von Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Entwicklungsphasen beobachten. Defizite erkennen mit der Pflegefachperson austauschen und dokumentieren. Bei der Lagerung von Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mitwirken.	I.2				
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V

Einsatz-Nr.: 4

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

Praxisanleitung									
Datum	Std.	Lerngegenstand/ Lernsituation	Anmerkungen (z. B. Lernform, Methoden)	Kompetenzbereich					Name PA
				I.	II.	III.	IV.	V.	
xx.xx. 2022	4	<i>Besonderheiten der Versorgung von Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen in Bezug auf Sturz-/Fallgefahr benennen. Bei der Körperpflege eines Neugeborenen/ Säuglings/ Kindes/ Jugendlichen unterstützen unter Einbezug der Sturz-/Fallgefahr. Vor- und Nachbereitung der Durchführung.</i>	<i>Einzelanleitung</i>	1.2					Selma Serol
<i>Stunden gesamt:</i>									

Durch die nachfolgende Unterschrift werden die praktischen Anleitungssequenzen bestätigt.

Praxisanleiter/-in

Datum / Unterschrift

Auszubildende/r

Datum / Unterschrift

Einsatz-Nr.: 5

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

Einsatznachweis

Einrichtung	
<input type="checkbox"/>	Träger der praktischen Ausbildung
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere Einrichtung: Klinikum Musterstadt
	Einrichtungsschwerpunkt:
<input type="checkbox"/>	Wohnbereich: _____
<input checked="" type="checkbox"/>	Station: 4
	Fachrichtung: Onkologie / Hämatologie
Einsatzform	
<input type="checkbox"/>	I Orientierungseinsatz
	II Pflichteinsatz
<input checked="" 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
Einsatzprofil	
<u>Fact-Sheet insbesondere im Hinblick auf die CE (einfügen/abheften/digital bereitstellen)</u>	
Nachweis der praktischen Stunden⁷	
Praxiseinsatz vom xx.xx.2022 bis xx.xx.2022	
Geplanter gesamter Stundenumfang in Zeitstunden: _____	
Stundenumfang 10% Praxisanleitung: <input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt	
Fehlzeiten: _____ davon : _____ <input type="checkbox"/> unentschuldigt _____ <input type="checkbox"/> entschuldigt	
Geleisteter gesamter Stundenumfang: _____	
Datum / Unterschrift (Einrichtung) _____	

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

Datum / Unterschrift _____

⁷ Von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen; Angabe immer in Zeitstunden

Einsatz-Nr.: 5

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

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 1 PfiAPrV				
	I	II	III	IV	V
Begrenzte Bewegungsfähigkeit von Patienten mit Chemotherapie erkennen, erheben und interpretieren. Patient mit Belastungsdyspnoe versorgen. Unterstützungsbedarfe in Absprache mit dem interdisziplinären Team definieren und Bewegungsfähigkeit des Patienten damit fördern. Einschätzung aller Risiken hinsichtlich der potentiellen Pflegeprobleme mittels geeigneten Assessments.	I.2				
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V

Einsatz-Nr.: 5

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

Praxisanleitung									
Datum	Std.	Lerngegenstand/ Lernsituation	Anmerkungen (z. B. Lernform, Methoden)	Kompetenzbereich					Name PA
				I.	II.	III.	IV.	V.	
xx.xx. 2022	4	<i>Krankheitsbild Belastungs- dyspnoe am Fallbeispiel erar- beiten. Pflegemaßnahmen bei eingeschränkter Bewe- gungsfähigkeit aufgrund Che- motherapie für einen Patien- ten benennen und durchfüh- ren lassen. Assessments hinsichtlich der potentiellen Pflegeprobleme anwenden lassen.</i>	<i>Einzelanleitung</i>	I.2					Doris Hahn
<i>Stunden gesamt:</i>									

Durch die nachfolgende Unterschrift werden die praktischen Anleitungssequenzen bestätigt.

Praxisanleiter/-in

Datum / Unterschrift

Auszubildende/r

Datum / Unterschrift

Einsatz-Nr.: 6

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

Einsatznachweis

Einrichtung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Träger der praktischen Ausbildung		
<input type="checkbox"/>	Andere Einrichtung: Klinikum Musterstadt		
	Einrichtungsschwerpunkt:		
<input checked="" type="checkbox"/>	Wohnbereich: 4		
<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 checked="" type="checkbox"/>	V Vertiefungseinsatz im Bereich eines Pflichteinsatzes		
<input type="checkbox"/>	VI Weiterer Einsatz / frei verteilte Stunden im Bereich des Vertiefungseinsatzes		
Einsatzprofil			
<u>Fact-Sheet insbesondere im Hinblick auf die CE (einfügen/abheften/digital bereitstellen)</u>			
Nachweis der praktischen Stunden⁸			
Praxiseinsatz vom	xx.xx.2022	bis	xx.xx.2023
	xx.xx.2023	bis	xx.xx.2023
Geplanter gesamter Stundenumfang in Zeitstunden: _____			
Stundenumfang 10% Praxisanleitung: <input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt			
Fehlzeiten: _____ davon : _____ <input type="checkbox"/> unentschuldigt _____ <input type="checkbox"/> entschuldigt			
Geleisteter gesamter Stundenumfang: _____			
Datum / Unterschrift (Einrichtung) _____			

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

Datum / Unterschrift _____

⁸ Von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen; Angabe immer in Zeitstunden

Einsatz-Nr.: 6

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

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 2 PfiAPrV				
	I	II	III	IV	V
Versorgung eines Patienten mit (Hemi-)Parese. Individuelle Bewegungsförderung festlegen und nach Absprache im interdisziplinären Team gezielt anwenden. Einschätzung aller Risiken im Hinblick auf das Krankheitsbild mittels geeigneter Assessments.	I.2				
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V

Einsatz-Nr.: 6

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

Praxisanleitung									
Datum	Std.	Lerngegenstand/ Lernsituation	Anmerkungen (z. B. Lernform, Methoden)	Kompetenzbereich					Name PA
				I.	II.	III.	IV.	V.	
xx.xx. 2022	8	<i>Krankheitsbild Apoplex umfänglich anhand einer Patientengruppe ausarbeiten. Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit Apoplex definieren und jeweils eine umfassende, individuelle Pflegeplanung zur Förderung der Ressourcen erstellen. Assessments zur Sturz-, Dekubitus-, Pneumonierisikoeinschätzung sowie für Gedächtnisstörungen anwenden lassen, Pflegemaßnahmen daraus ableiten und in die Pflegeplanung integrieren lassen. Unterschiedliche Beeinträchtigungen der Patientengruppe erkennen und benennen.</i>	<i>Gruppenanleitung</i>	1.2					Hans-Peter Klein
<i>Stunden gesamt:</i>									

Durch die nachfolgende Unterschrift werden die praktischen Anleitungssequenzen bestätigt.

Praxisanleiter/-in
Datum / Unterschrift

Auszubildende/r
Datum / Unterschrift

Einsatz-Nr.: 7

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

Einsatznachweis

Einrichtung
<input type="checkbox"/> Träger der praktischen Ausbildung <input checked="" type="checkbox"/> Andere Einrichtung: Demenzberatungsstelle Musterstadt Einrichtungsschwerpunkt: <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 checked="" type="checkbox"/> VI Weiterer Einsatz / frei verteilte Stunden im Bereich des Vertiefungseinsatzes
Einsatzprofil
<u>Fact-Sheet insbesondere im Hinblick auf die CE (einfügen/abheften/digital bereitstellen)</u>
Nachweis der praktischen Stunden⁹
Praxiseinsatz vom xx.xx.2023 bis xx.xx.2023 Geplanter gesamter Stundenumfang in Zeitstunden: _____ Stundenumfang 10% Praxisanleitung: <input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt Fehlzeiten: _____ davon : _____ <input type="checkbox"/> unentschuldigt _____ <input type="checkbox"/> entschuldigt Geleisteter gesamter Stundenumfang: _____ Datum / Unterschrift (Einrichtung) _____

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

Datum / Unterschrift _____

⁹ Von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen; Angabe immer in Zeitstunden

Einsatz-Nr.: 7

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

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 2 PfiAPrV				
	I	II	III	IV	V
Bei Beratungsgespräch mit Patienten (und Angehörigen) auf die Bewegungsfähigkeit des Patienten gezielt eingehen und Möglichkeiten der Bewegungserhaltung und –sicherheit aufzeigen. Patient (und Angehörigen) bei der Erhebung von notwendigen Assessments einbinden und erläutern.	I.2				
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V

Einsatz-Nr.: 7

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

Praxisanleitung									
Datum	Std.	Lerngegenstand/ Lernsituation	Anmerkungen (z. B. Lernform, Methoden)	Kompetenzbereich					Name PA
				I.	II.	III.	IV.	V.	
xx.xx. 2023	4	<i>(Mögliches Angebot, da Praxisanlei- tung nicht zwingend erforderlich)</i> <i>Beratungsinformationen zum Thema Bewegung erarbeiten und mit Unterlagen der Ein- richtung vergleichen. Bei Beratungsgespräch bei- wohnen und das Thema Be- wegung übernehmen. Risi- koeinschätzung zusammen mit allen Beteiligten mittels geeignetem Assessment durchführen.</i>	<i>Einzelanleitung</i>	1.2					Christin Baum
<i>Stunden gesamt:</i>									

Durch die nachfolgende Unterschrift werden die praktischen Anleitungssequenzen bestätigt.

Praxisanleiter/-in

Datum / Unterschrift

Auszubildende/r

Datum / Unterschrift

Einsatz-Nr.: 8

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

Einsatznachweis

Einrichtung	
<input type="checkbox"/>	Träger der praktischen Ausbildung
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere Einrichtung: Psychiatrische Klinik Musterstadt
	Einrichtungsschwerpunkt:
<input type="checkbox"/>	Wohnbereich:
<input checked="" type="checkbox"/>	Station: 12
	Fachrichtung: Depression
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 checked="" 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
Einsatzprofil	
<u>Fact-Sheet insbesondere im Hinblick auf die CE (einfügen/abheften/digital bereitstellen)</u>	
Nachweis der praktischen Stunden¹⁰	
Praxiseinsatz vom xx.xx.2023 bis xx.xx.2023	
Geplanter gesamter Stundenumfang in Zeitstunden: _____	
Stundenumfang 10% Praxisanleitung: <input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt	
Fehlzeiten: _____ davon : _____ <input type="checkbox"/> unentschuldigt _____ <input type="checkbox"/> entschuldigt	
Geleisteter gesamter Stundenumfang: _____	
Datum / Unterschrift (Einrichtung) _____	

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

Datum / Unterschrift _____

¹⁰ Von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen; Angabe immer in Zeitstunden

Einsatz-Nr.: 8

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

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 2 PfiAPrV				
	I	II	III	IV	V
Am Krankheitsbild Depression den Pflegeprozess in der psychiatrischen Pflege kennenlernen und die damit verbundenen Therapieformen. Geeignete Assessments im Hinblick auf das Krankheitsbild Depression kennenlernen. Im speziellen Antriebslosigkeit erkennen und mit Hilfe aktivierender Pflege den Patienten unterstützen.	I.2				
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V
	I	II	III	IV	V

Einsatz-Nr.: 8

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

Praxisanleitung									
Datum	Std.	Lerngegenstand/ Lernsituation	Anmerkungen (z. B. Lernform, Methoden)	Kompetenzbereich					Name PA
				I.	II.	III.	IV.	V.	
xx.xx. 2022	4	<i>Informationssammlung über mögliche Entstehungsursa- chen einer Depression und deren Therapieformen. Unterstützungsplanung einer Patientin mit Antriebslosigkeit sowie deren Durchführung. Assessments zur Feststel- lung einer Depression erklä- ren und anwenden lassen.</i>	<i>Einzelanleitung</i>	1.2					Jan Eder
<i>Stunden gesamt:</i>									

Durch die nachfolgende Unterschrift werden die praktischen Anleitungssequenzen bestätigt.

Praxisanleiter/-in

Datum / Unterschrift

Auszubildende/r

Datum / Unterschrift

Einsatz-Nr.:

Name der/des Auszubildenden: Max Mustermann

Praxisbegleitung	
Die Praxisbegleitung erfolgte am _____	
Anwesende	
<input type="checkbox"/>	Auszubildende/-r
<input type="checkbox"/>	Praxisanleiter/-in (Name): _____
<input type="checkbox"/>	Lehrende/-r der Pflegeschule (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/Absprachen zum Kompetenzerwerb und zum Verlauf der geplanten Praxisanleitungssequenzen	

Durch die nachfolgende Unterschrift wird die Teilnahme am Gespräch und die Kenntnis der Vereinbarungen bestätigt.

Lehrende/-r

Datum / Unterschrift

Praxisanleiter/-in

Datum / Unterschrift

Auszubildende/r

Datum / Unterschrift

Nachtdienste	
Einrichtung	
<input type="checkbox"/> Träger der praktischen Ausbildung <input type="checkbox"/> Andere Einrichtung:	
<input type="checkbox"/> Stationäre Pflege <input type="checkbox"/> Ambulante Pflege <input type="checkbox"/> weitere Einsätze <input type="checkbox"/> Akutpflege <input type="checkbox"/> Langzeitpflege Wohnbereich: _____ Station: _____ Fachrichtung: _____	
Nachtdienst ¹¹ vom _____ bis _____ Stunden _____ Nachtdienst vom _____ bis _____ Stunden _____	
Datum / Unterschrift (Einrichtung) _____	

¹¹ Nachtdienste mit Datum und Stundenumfang (Zeitstunden) erfassen