



11 Bericht über die praktischen Leistungen zum Ende der Probezeit

Beurteilungszeitraum von _____ bis _____

Herr/Frau _____ geb. am _____ in _____

wird von uns _____

(Name und Anschrift des Ausbildungsbetriebs)

in der praktischen Ausbildung als Schüler/Schülerin der Altenpflegeschule

_____ ausgebildet.

Es handelt sich um eine stationäre ambulante Einrichtung

Sonstige Einrichtung _____

Fehlzeiten im Betrieb (**ohne** Urlaubs- und Unterrichtstage): _____ Tage entschuldigt, _____ Tage unentschuldigt

Bis zum Zeitpunkt der Beurteilung abgeleisteten Praxisstunden: _____

Beurteilung:

Der/Die Auszubildende kann die Ausbildung voraussichtlich erfolgreich beenden.

Der/Die Auszubildende kann die Ausbildung voraussichtlich nur mit Unterstützung erfolgreich beenden.

Wir beenden das Ausbildungsverhältnis im Rahmen der Probezeit.

Wir wünschen ein Gespräch mit _____

Bitte nehmen Sie mit uns Kontakt auf: Name/E-Mail/Tel.: _____

Er/Sie hat schwerpunktmäßig folgende Aufgaben übernommen:

Die Kompetenzen werden mithilfe der folgenden Kriterien eingeschätzt:					
bitte ankreuzen	hoch → gering				Anmerkungen
Einsatzbereitschaft im Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zuverlässigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teamfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reflexion der eigenen Leistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kritikfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lernbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eigenständiges, verantwortungsbewusstes Handeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beobachtungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kontaktfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einfühlungsvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kenntnisse der Grundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Umgang mit den Pflegebedürftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kenntnisse der medizinischen Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Umgang mit demenziell veränderten Senioren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Handhabung der Pflegedokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kenntnisse zur Organisationsstruktur des Betriebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nicht zu beurteilende Kriterien bitte streichen und ggf. betriebsspezifische Kriterien ergänzen!

Gesamteindruck:

Ort/Datum

Unterschrift der anleitenden Fachkraft/PDL

Unterschrift der Leitung der Praktikumsstelle

Stempel der Ausbildungsstelle

Zur Kenntnis genommen:

Ort, Datum

Unterschrift der Auszubildenden/des Auszubildenden