

Name der/des Auszubildenden _____ Kurs: _____ Prüfungsdatum: _____

Auswahl der zu pflegenden Personen

Versorgungsbereich	<input type="checkbox"/> stationäre Langzeitpflege <input type="checkbox"/> ambulante Akut-/Langzeitpflege <input type="checkbox"/> (Geronto-)Psychiatrische Pflege		
Einsatzbereiche <small>(WB/Station/Kurzbezeichnung Einrichtung)</small>			
Allgemeine Angaben:	Hauptprüfungsperson	Hauptprüfungsperson	Hauptprüfungsperson
Initialen, Geschlecht, Altersstufe			
Pflegegrad			
Grade der Unterstützung	<input type="checkbox"/> VÜ <input type="checkbox"/> TÜ <input type="checkbox"/> Anleitung <input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> VÜ <input type="checkbox"/> TÜ <input type="checkbox"/> Anleitung <input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> VÜ <input type="checkbox"/> TÜ <input type="checkbox"/> Anleitung <input type="checkbox"/> selbstständig
Pflegebedarf, Schwerpunktmäßige Pflegeanlässe <small>(Pflegeprobleme, Pflegediagnosen, Pflegephänomene, Gefahren)</small>			

Pflegerelevante medizinische Diagnosen			
Ärztlich angeordnete Tätigkeiten (Behandlungspflege, Medikamente...)			
Arten des Pflegebedarfs (Schwerpunkt)	<input type="checkbox"/> sozial <input type="checkbox"/> emotional/psychisch <input type="checkbox"/> somatisch <input type="checkbox"/> kognitiv	<input type="checkbox"/> sozial <input type="checkbox"/> emotional/psychisch <input type="checkbox"/> somatisch <input type="checkbox"/> kognitiv	<input type="checkbox"/> sozial <input type="checkbox"/> emotional/psychisch <input type="checkbox"/> somatisch <input type="checkbox"/> kognitiv
(Gesundheits-)Förderung: (Schulung, Anleitung, Beratung, Information)			
Steigerung des Wohlbefindens, Wahrnehmung/Aktivitätsförderung: (z. B. Aromatherapie, Gedächtnistraining, biografische Arbeit, 10-Minuten Aktivierung...)			
Evaluation (z. B. Assessments)			
(Weitere) Vorbehaltende pflegerische Aufgaben			
Besonderheiten (Abweichungen vom Standard, Ansprache „Du“...)			

Prüfungsdokumente

Auswahl der zu pflegenden Personen - Raster

Versorgungsbereich	<input type="checkbox"/> stationäre Langzeitpflege <input type="checkbox"/> ambulante Akut-/Langzeitpflege <input type="checkbox"/> (Geronto-)Psychiatrische Pflege		
Einsatzbereiche (WB/ Kurzbezeichnung Einrichtung)			
Allgemeine Angaben	Nebenprüfungsperson	Nebenprüfungsperson	Nebenprüfungsperson
Initialen, Geschlecht, Alter			
Pflegegrad			
Grade der Unterstützung	<input type="checkbox"/> VÜ <input type="checkbox"/> TÜ <input type="checkbox"/> Anleitung <input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> VÜ <input type="checkbox"/> TÜ <input type="checkbox"/> Anleitung <input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> VÜ <input type="checkbox"/> TÜ <input type="checkbox"/> Anleitung <input type="checkbox"/> selbstständig
Pflegebedarf, Schwerpunktmäßige Pflegeanlässe (Pflegeprobleme, Pflegediagnosen, Pflegephänomene)			

Prüfungsdokumente

Auswahl der zu pflegenden Personen - Raster

Pflegerelevante medizinische Diagnosen			
Ärztlich angeordnete Tätigkeiten (Behandlungspflege, Medikamente...)			
Arten des Pflegebedarfs	<input type="checkbox"/> sozial <input type="checkbox"/> emotional/psychisch <input type="checkbox"/> somatisch <input type="checkbox"/> kognitiv	<input type="checkbox"/> sozial <input type="checkbox"/> emotional/psychisch <input type="checkbox"/> somatisch <input type="checkbox"/> kognitiv	<input type="checkbox"/> sozial <input type="checkbox"/> emotional/psychisch <input type="checkbox"/> somatisch <input type="checkbox"/> kognitiv
(Gesundheits-)Förderung: (Schulung, Anleitung, Beratung, Information)			
Steigerung des Wohlbefindens, Wahrnehmung/Aktivitätsförderung: (z. B. Aromatherapie, Gedächtnistraining, biografische Arbeit, 10-Minuten Aktivierung...)			
Evaluation (z. B. Assessments)			
(Weitere) Vorbehaltende pflegerische Aufgaben			
Besonderheiten (Abweichungen vom Standard, Ansprache „Du“...)			

Name und Unterschrift: Praxisanleiter/-in _____

Prüfer/-in (Schule) _____