

Einverständniserklärung (zu pflegende Person)

zur Ableistung der praktischen Abschlussprüfung

Name der zu pflegenden Person: _____

Versorgungsbereich: _____

Setting: _____

Name der/des Auszubildende/n: _____

Kurs: _____

Prüfungszeitraum: _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass zum oben genannten Datum die Aufgaben der selbstständigen, umfassenden und prozessorientierten Pflege der praktischen Abschlussprüfung (nach § 16 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe - PflAPrV - vom 02.10.2018) im Rahmen meiner pflegerischen Versorgung durchgeführt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift der zu pflegenden Person oder seiner/ihrer gesetzlichen Vertretung