

## Formular zur Vorauswahl von drei Pflegeempfängern (PE) für die praktische Abschlussprüfung Pflegefachfrau/ Pflegefachmann

*(Zur besseren Einschätzung möglichst genau ausfüllen; siehe Hilfestellung zur Auswahl von Pflegeempfängern!!!)*

Name des/der Auszubildenden: \_\_\_\_\_ Mobilnummer: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Name und E-Mail-Adresse Praxisanleitung: \_\_\_\_\_

Name und E-Mail-Adresse der Pflegedienstleitung/ Heim-/(Bereichs)Leitung: \_\_\_\_\_

	PE 1 Name: Frau/Herr _____ Geburtsdatum (Alter): _____ Pflegegrad: _____	PE 2 Name: Frau/Herr _____ Geburtsdatum (Alter): _____ Pflegegrad: _____	PE 3 Name: Frau/Herr _____ Geburtsdatum (Alter): _____ Pflegegrad: _____
<b>Einverständnis</b> des PE bzw. Bevollmächtigten	<input type="checkbox"/> <b>Liegt vor</b> <input type="checkbox"/> <b>Muss nachgereicht werden</b>	<input type="checkbox"/> <b>Liegt vor</b> <input type="checkbox"/> <b>Muss nachgereicht werden</b>	<input type="checkbox"/> <b>Liegt vor</b> <input type="checkbox"/> <b>Muss nachgereicht werden</b>
<b>Handlungsanlässe:</b>  Pflegephänomene bzw. (Pflege-) Diagnosen, Erleben der beteiligten Akteure, Kontext, ...	Erhöhter Pflegebedarf: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erhöhter Pflegebedarf: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erhöhter Pflegebedarf: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## Hilfestellung beim Ausfüllen

QR-Code

Homepage

