



FB B29

Praktische Ausbildung  
Leistungseinschätzung

Medizinische Schule  
Uckermark e. V.  
Stettiner Straße 127  
17291 Prenzlau  
Telefon: 03984 2270

Schüler:

Klasse:

Einsatzzeit:

von

bis

Einsatzbereich:

Bewertungskriterien (Leistungseinschätzung entsprechend des Ausbildungsstandes)		Einzelnoten	Note
Fachkompetenz	1.1	Anwendung von Fachwissen, Grad der Sicherheit und Exaktheit, mit der erworbenes Wissen angewandt wird	
	1.2	Organisation/Arbeitsablauf (Fähigkeit, die eigene Arbeit unter logischen Gesichtspunkten sinnvoll zu ordnen)	
	1.3	Arbeitsgüte (angemessene oder erworbene Arbeitsqualität)	
	1.4	Arbeitstempo (rationelle Ausführung der Arbeit in entsprechender Zeit)	
	1.5	Bewältigung administrativer Aufgaben (Dokumentation, Kenntnisse und Handhabung, Vorgehensweise, Anwendung Fachkenntnisse)	
Sozialkompetenz	2.1	Kommunikation und Umgang mit Klienten und Angehörigen (Zuwendung, Höflichkeit, Einfühlungsvermögen, Diskretion, Takt)	
	2.2	Teamfähigkeit/Teamarbeit (Fähigkeit, mit anderen zusammenzuarbeiten, sich kooperativ verhalten, angemessener Umgangston, fachliches Ausdrucksvermögen)	
Personalkompetenz	3.1	Auffassungsgabe und Lernfähigkeit (Fähigkeit, das Wesentliche von Sachverhalten und Sachzusammenhängen schnell und exakt aufzunehmen und zu verwerten, aus Fehlern lernen)	
	3.2	Zuverlässigkeit (Pflichtgefühl in der Arbeitsausführung, Pünktlichkeit, Vollständigkeit)	
	3.3	Motivation/Interesse (Interesse an Ausbildungsfragen, stellt Fragen, Arbeitsfreudigkeit, Ausdauer)	
	3.4	Konfliktfähigkeit (Kritikfähigkeit, Kompromissbereitschaft, trägt zu Lösungen bei)	
<b>Gesamtnote</b>			

Freigabe durch	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
SL: Nau	QMB: Thie	1/18	27.03.18	1 von 2
easySoft.easyReport 3 - FB B29 Praktische Ausbildung Leistungseinschätzung				
Jeder Anwender ist verpflichtet, nur mit aktuellen Dokumenten des QM-Handbuchs zu arbeiten.				

### Erstgespräch

Datum	Inhalt

### Zwischenauswertung

Datum	Inhalt

### Gesamteinschätzung (verbal)

### Einschätzung der Zusammenarbeit zwischen Praxis und Schule

**Ja**    **Nein**

Kennen Sie die Lehrkraft, die von unserer Schule für Ihre Praxiseinrichtung verantwortlich ist?  Ja     Nein

Erfolgte eine Kontaktaufnahme einer Lehrkraft mit dem Schüler bzw. der Einrichtung während des Praktikums?  Ja     Nein

Wann wurde durch den Schüler das vollständige Praxisbegleitmaterial abgegeben? Datum: \_\_\_\_\_

Können Sie aus dem Praxisbegleitheft ableiten, welche Tätigkeiten mit dem Schüler geübt werden sollten?  Ja     Nein

### Datum, Unterschrift

Pflegedienstleitung	Stationsleitung	Praxisanleiter
Die Beurteilung wurde mit mir besprochen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Schüler		Klassenleitung