

P R A X I S B U C H

Heilerziehungspflege

Teil D – Formblätter

Inhalt

Angaben zum Praxisplatz – UK	3
Angaben zum Praxisplatz – MK	4
Angaben zum Praxisplatz – OK.....	5
Leistungsnachweise im Fach Praxis der Heilerziehungspflege.....	6
Nachweis über die geleisteten Praxisstunden	8
Nachweis über die geleisteten Praxisstunden	9
Nachweis über die geleisteten Praxisstunden	10
Praxis der Heilerziehungspflege – Angebotsplanung Teil I – Vorüberlegungen.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Muster Kurzprotokoll.....	12
Praxisstellenwechsel.....	13
Praxisstellenzusage.....	14

Im Anhang: Rückmeldebogen über die praktische Tätigkeit in den Ausbildungsstätten (HEP)

Angaben zum Praxisplatz - UK¹

Name der Fachschüler*inKurs:.....

Anschrift privat:

(.....).....Tel:.....

Praktikumseinrichtung:

Straße:

Ort: (.....).....

Name der Einrichtungsleitung:

Bezeichnung der
Gruppe/Gruppenname:Tel. Gruppe:

Beschreibung des Personenkreises:
(z. B. Kinder, Jugendliche, Erwachsene,
WfbM-Mitarbeiter*innen,
Schüler*innen,
Förderstättenbesucher*innen usw.)

Name Gruppenleiter*in,
Wohnbereichsleiter*in:

Name d. Mentor*in:

Berufliche Qualifikation d. Mentor*in:

E-Mail-Adresse der Mentor*in
(Praxisstelle)

In folgenden Zeiten befinden sich
tagsüber Klienten in meiner
Praxisstelle

von ca.Uhr

bis ca.Uhr

von ca.Uhr

bis ca.Uhr

und

von ca.Uhr

bis ca.Uhr

Name Praxisanleiter*in FS HEP:

Ort, Datum

Unterschrift d. Mentor*in

¹ abzugeben im 2. Block bei der Kursleitung

Angaben zum Praxisplatz – MK²

Name der Fachschüler*inKurs:.....

Anschrift privat:

(.....).....Tel:.....

Praktikumseinrichtung:

Straße:

Ort: (.....).....

Name der Einrichtungsleitung:

Bezeichnung der
Gruppe/Gruppenname:Tel. Gruppe:

Beschreibung des Personenkreises:
(z. B. Kinder, Jugendliche, Erwachsene,
WfbM-Mitarbeiter*innen,
Schüler*innen,
Förderstättenbesucher*innen usw.)

Name Gruppenleiter*in,
Wohnbereichsleiter*in:

Name d. Mentor*in:

Berufliche Qualifikation d. Mentor*in:

E-Mail-Adresse der Mentor*in
(Praxisstelle)

In folgenden Zeiten befinden sich von ca.Uhr bis ca.Uhr

tagsüber Klienten in meiner von ca.Uhr bis ca.Uhr
Praxisstelle

und von ca.Uhr bis ca.Uhr

Name Praxisanleiter*in FS HEP:

Ort, Datum

Unterschrift d. Mentor*in

² abzugeben im 2. Block bei der Kursleitung

Angaben zum Praxisplatz - OK³

Name der Fachschüler*inKurs:.....

Anschrift privat:

(.....).....Tel:.....

Praktikumseinrichtung:

Straße:

Ort: (.....).....

Name der Einrichtungsleitung:

Bezeichnung der
Gruppe/Gruppenname:Tel. Gruppe:

Beschreibung des Personenkreises:
(z. B. Kinder, Jugendliche, Erwachsene,
WfbM-Mitarbeiter*innen,
Schüler*innen,
Förderstättenbesucher*innen usw.)

Name Gruppenleiter*in,
Wohnbereichsleiter*in:

Name d. Mentor*in:

Berufliche Qualifikation d. Mentor*in:

E-Mail-Adresse der Mentor*in
(Praxisstelle)

In folgenden Zeiten befinden sich
tagsüber Klienten in meiner
Praxisstelle

von ca.Uhr

bis ca.Uhr

von ca.Uhr

bis ca.Uhr

und

von ca.Uhr

bis ca.Uhr

Name Praxisanleiter*in FS HEP:

Ort, Datum

Unterschrift d. Mentor*in

³ abzugeben im 2. Block bei der Kursleitung

Fachbesuche / Fachprojekte

Datum	Fach	Thema	Unterschrift Lehrkraft

Hospitationen / Lernpartnerschaft

Datum	Thema	Durch- führende(r)	Ort	(x) selbst durch- geführt	(x) be- sucht	Unterschrift Lehrkraft

Bemerkungen zu Leistungen im Fachbereich Praxis der Heilerziehungspflege

Nachweis über die geleisteten Praxisstunden

Name:	Kurs:
Praxisstelle:	Schuljahr:

Wochenarbeitszeit laut Schulvertrag/Praktikumsvertrag:
--

Monat	Geleistete Praktikumsstunden	Davon Krankstun- den	Plusstd. (+)/ Minusstd. (-) Insgesamt lt. Dienstplan	Unterschrift Mentor*in
August (opt.)				
September				
Oktober				
November				
Zwischensumme:			Unterschrift Praxisanleiter*in:	
Dezember				
Januar				
Februar				
Zwischensumme:			Unterschrift Praxisanleiter*in:	
März				
April				
Mai				
Zwischensumme:			Unterschrift Praxisanleiter*in:	
Juni ggf. geplant				
Juli geplant				

Bemerkungen (etwa über abgeleistete Stunden außerhalb der Praxisstelle, über hohe oder unentschuldigte Krankheitszeiten oder hohe Plus- oder Minusstunden):

Gesamtstunden:	Davon Gesamtkrankstunden:
Unterschrift Praxisanleiter*in:	

Anmerkungen vgl. Praxisbuch Teil A „Merkblatt zum Nachweis der Praxisstunden“

Praxisbuch Teil D

Erstellt: S. Wiech

Freigegeben: D. Sitzmann-Korn

Version: 05

Datum: 10.07.2017

Nachweis über die geleisteten Praxisstunden

Name:	Kurs:
Praxisstelle:	Schuljahr:

Wochenarbeitszeit laut Schulvertrag/Praktikumsvertrag:
--

Monat	Geleistete Praktikumsstunden	Davon Krankstunden	Plusstd. (+)/ Minusstd. (-) Insgesamt lt. Dienstplan	Unterschrift Mentor*in
August (opt.)				
September				
Oktober				
November				
Zwischensumme:			Unterschrift Praxisanleiter*in:	
Dezember				
Januar				
Februar				
Zwischensumme:			Unterschrift Praxisanleiter*in:	
März				
April				
Mai				
Zwischensumme:			Unterschrift Praxisanleiter*in:	
Juni ggf. geplant				
Juli geplant				

Bemerkungen (etwa über abgeleistete Stunden außerhalb der Praxisstelle, über hohe oder unentschuldigte Krankheitszeiten oder hohe Plus- oder Minusstunden):

Gesamtstunden:	Davon Gesamtkrankstunden:
Unterschrift Praxisanleiter*in:	

Anmerkungen vgl. Praxisbuch Teil A „Merkblatt zum Nachweis der Praxisstunden“

Praxisbuch Teil D

Erstellt: S. Wiech

Freigegeben: D. Sitzmann-Korn

Version: 05

Datum: 10.07.2017

Nachweis über die geleisteten Praxisstunden

Name:	Kurs:
Praxisstelle:	Schuljahr:

Wochenarbeitszeit laut Schulvertrag/Praktikumsvertrag:
--

Monat	Geleistete Praktikumsstunden	Davon Krankstunden	Plusstd. (+)/ Minusstd. (-) Insgesamt lt. Dienstplan	Unterschrift Mentor*in
August (opt.)				
September				
Oktober				
November				
Zwischensumme:			Unterschrift Praxisanleiter*in:	
Dezember				
Januar				
Februar				
Zwischensumme:			Unterschrift Praxisanleiter*in:	
März				
April				
Mai				
Zwischensumme:			Unterschrift Praxisanleiter*in:	
Juni ggf. geplant				
Juli geplant				

Bemerkungen (etwa über abgeleistete Stunden außerhalb der Praxisstelle, über hohe oder unentschuldigte Krankheitszeiten oder hohe Plus- oder Minusstunden):

Gesamtstunden:	Davon Gesamtkrankstunden:
Unterschrift Praxisanleiter*in:	

Anmerkungen vgl. Praxisbuch Teil A „Merkblatt zum Nachweis der Praxisstunden“

Praxisbuch Teil D

Erstellt: S. Wiech

Freigegeben: D. Sitzmann-Korn

Version:5

Datum: 10.07.2017

Praxis der Heilerziehungspflege – Angebotsplanung – Teil I (Vorüberlegungen), Teil II und Teil III

Diese Formulare/diese Vorlagen erhalten Sie online über Moodle zum Download.

Zur Ansicht

Muster Kurzprotokoll

Kurzprotokoll Nr. 1

Datum:

Thema:

Dieses Formblatt dient der Orientierung, es wird von der Fachschülerin selbst erstellt.

Unterschrift: Mentor*in

Unterschrift: Fachschüler*in

Praxisstellenwechsel

Fachschüler*in: Kurs: Schuljahr:

Derzeitiger Praxisplatz:

Praxisanleiter*in:

1. Vorüberlegungen

Dieser Abschnitt muss bis spätestens 15. Januar des laufenden Schuljahres ausgefüllt und unterschrieben sein.

Mögliche Praxisstellen im kommenden Schuljahr - unter Berücksichtigung von Seite 23 (Teil A) im Praxisbuch (von der Fachschüler*in auszufüllen):
Die Beratung durch die Praxisanleiter*in hat (persönlich oder telefonisch) stattgefunden. Hinweise der Praxisanleiter*in:

.....
Datum, Unterschrift der Praxisanleiter*in

- bitte **nicht** auseinanderschneiden -

2. Praxisstelle im Mittel-/Oberkurs

Dieser Abschnitt muss bis spätestens 15. März ausgefüllt, unterschrieben und bei der Praxisanleiter*in abgegeben sein. Die Praxisanleiter*in gibt die gesammelten Formulare im Sekretariat ab.

Im Mittel- bzw. Oberkurs möchte ich mein Praktikum gerne in folgender Praxisstelle ableisten:

Einrichtung, Gruppe/Bereich	
Anschrift, Telefonnummer	
Gruppen-/Bereichsleitung	
Zusage der Praxisstelle liegt vor?	<input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> noch keine Zusage

Das Formblatt Praxisstellenzusage (Praxisbuch Teil D, Seite 14) muss ausgefüllt und unterschrieben bis spätestens 31. März im Sekretariat der Fachschule vorliegen.

.....
Datum, Unterschrift der Fachschüler*in

.....
Datum, Unterschrift der Praxisanleiter*in

Praxisstellenzusage

Diakoneo Fachschule für Heilerziehungspflege

Tel: +49 911 65678-294
Fax: +49 911 65678-296
E-Mail: fs-hep-nbg@diakoneo.de

Wallensteinstraße 61-63
90431 Nürnberg

Datum

Hiermit bestätigen wir, dass Frau / Herr.....
(Name, Vorname)

im Schuljahr..... während des Besuches des

- ☐ Mittel-/Oberkurses der 3-jährigen berufsbegleitenden Ausbildung
☐ Oberkurses der 2-jährigen Vollzeitausbildung

von uns einen Praxisplatz zur Verfügung gestellt bekommt.

Name, Anschrift, Telefon-Nr., Email der
Einrichtung:

.....
.....
.....
.....
.....

Name, Anschrift, Telefon-Nr., Email des
konkreten Einsatzortes/der Gruppe:

.....
.....
.....
.....
.....

Ansprechpartner*in für die Fachschule:

Datum:

.....
Unterschrift

.....
Stempel