

# Anmeldeformular

**Hiermit melde ich mich verbindlich für die Ausbildung in der Altenpflegehilfe/Krankenpflegehilfe (Externenprüfung) an:**

Gewünschter Ausbildungsbeginn: \_\_\_\_\_

- Pflege-Schulungszentrum**
- Neumünster, Gartenstraße 28, 24534 Neumünster, psz-neumuenster@ibaf.de
- Rendsburg, Elefantenstraße 13-15, 24768 Rendsburg, psz-rendsbuerg@ibaf.de
- Norderstedt, Rugenbarg 63a, 22848 Norderstedt, psz-norderstedt@ibaf.de
- Lübeck Walkmühlenweg 3, 23560 Lübeck, psz-luebeck@ibaf.de

## Persönliche Daten

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Als Unterlagen habe ich beigelegt:

### Persönliche Unterlagen

- Lebenslauf
- Personalausweis, bzw. Visum und/oder Aufenthaltstitel mit Zusatzblatt (liegt im Original vor/Kopie ggf. vom Aufenthaltstitel, um Ablaufdatum zu protokollieren)
- Ärztliche Bescheinigung (siehe Vordruck Seite 3) (bei Kursstart)
- Einfaches Führungszeugnis (bei Kursstart)

### Nachweis über die Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung

- Mindestens erster allgemeinbildender Schulabschluss (oder ein anderer als gleichwertig anerkannter Abschluss)

und

- Schriftliche Bestätigung des Betriebes über eine Beschäftigung von **mindestens 3 Jahren in Vollzeit** (mindestens 30 Stunden/Woche) im pflegerischen Bereich oder eine Beschäftigung in **Teilzeit von mindestens 5 Jahren** innerhalb der letzten 7 Jahre

### Zusätzliche Unterlagen müssen bei ausländischen Schulabschlüssen nachgewiesen werden:

- Schulabschlusszeugnis in Originalsprache und als beglaubigte Übersetzung
- Gleichwertigkeitsbescheinigung des Schulabschlusses (ggf. Rückversicherung bei der zuständigen Behörde (SHIBB) bei Gleichwertigkeitsbescheinigungen aus anderen Bundesländern)
- B1-Zertifikat

**Bitte senden Sie Ihr ausgefülltes Anmeldeformular zusammen mit den genannten Unterlagen an das von Ihnen ausgewählte Pflege-Schulungszentrum.**

**Datenschutzhinweis: Wir behandeln Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nur intern.**

**Die Anmeldung ist erst mit der Bestätigung durch das Pflege-Schulungszentrum wirksam.**

Landesamt SHIBB  
Schleswig-Holsteinisches Institut für Berufliche Bildung  
SG 21 Gesundheits- und Pflegeberufe  
Sophienblatt 50a  
24114 Kiel

# Ärztliche Bescheinigung

**für die Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung  
Altenpflegehelfer/in bzw. Krankenpflegehelfer/in**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geb. am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Wohnhaft \_\_\_\_\_

ist von mir heute untersucht worden.

Hierbei ist festgestellt worden, dass er/sie

in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des o.g. Berufes geeignet ist.

aus folgendem Grund in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des o.g. Berufes ungeeignet ist:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort und Datum

Ärztliche Unterschrift

Stempel