

# Anmeldeformular

## Hiermit melde ich mich verbindlich für die Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann an:

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

- Pflege-Schulungszentrum**
- Neumünster, Gartenstraße 28, 24534 Neumünster, psz-neumuenster@ibaf.de
- Rendsburg, Elefantstraße 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 beigefügt:

### 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)
- Ärztlich bescheinigter Impfnachweis (siehe Vordruck Seite 4) (bei Kursstart)
- Erweitertes Führungszeugnis für die Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann (bei Kursstart – nicht älter als 3 Monate)

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

- Mindestens mittlerer Schulabschluss (oder ein als gleichwertig anerkannter Abschluss)

oder

- Erster allgemeinbildender Schulabschluss (oder ein anderer als gleichwertig anerkannter Abschluss)  
*zusammen mit dem Nachweis*
- einer erfolgreich abgeschlossenen mindestens zweijährigen Berufsausbildung (ggf. Rückversicherung beim SHIBB bei Ausbildungen vor 1990)
- einer erfolgreich abgeschlossenen Ausbildung in der Altenpflegehilfe oder Krankenpflegehilfe

Näheres zu den Zugangsvoraussetzungen finden Sie unter § 11 Pflegeberufegesetz (PflBG).

### 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)
- B2-Zertifikat

**Nachweis über einen Ausbildungsbetrieb**

Ausbildungsvertrag mit einem Ausbildungsbetrieb

*oder vorab*

Schriftliche Bestätigung der Ausbildungsbereitschaft durch den Ausbildungsbetrieb

**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 Pflegefachfrau/Pflegefachmann

Frau/Herr \_\_\_\_\_  
ist von mir untersucht worden.

Es liegen keine Befunde vor, die darauf schließen lassen, dass die Person wegen eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche ihrer/seiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufes Pflegefachfrau/Pflegefachmann ungeeignet ist.

---

Ort und Datum

Ärztliche Unterschrift

Stempel

# Impfnachweis

## für die Ausbildung zur/zum Pflegefachfrau/mann

Hiermit wird bestätigt, dass Frau/Herr \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

körperlich und geistig gesund, frei von ansteckenden Erkrankungen sowie **weder Hepatitis-B- noch Hepatitis-C-Virus**träger ist.

**Akute oder chronische Hauterkrankungen im Bereich der Arme und Hände liegen nicht vor.**

### Hepatitis B

Mindestens zwei Impfungen sind durchgeführt.  ja  nein

Die 2. Impfung ist am \_\_\_\_\_ erfolgt (mind. 2 Wochen vor Praktikumsantritt!!)  
und anti-HBc negativ.

oder

Serologischer Schutznachweis liegt vor (anti-HBs 100 U/l) oder anti-HBc positiv  ja  nein

### Tetanus/Diphtherie/Poliomyelitis (jeweils mind. 4 Impfungen)

Tetanus  ja  nein

Diphtherie  ja  nein

Poliomyelitis  ja  nein

### Masern/Mumps/Röteln/Pertussis

Masern mindestens zwei Impfungen sind erfolgt oder serologischer Schutz vorhanden  ja  nein

Mumps mindestens zwei Impfungen sind erfolgt oder serologischer Schutz vorhanden  ja  nein

Röteln mindestens zwei Impfungen sind erfolgt oder serologischer Schutz vorhanden  ja  nein

Pertussis in den vergangenen 10 Jahren einmalige Impfung oder Infektion  ja  nein

### Windpocken (bei Einsatz in der Pädiatrie, Onkologie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Intensivmedizin und in den Kindertagesstätten)

Varizellenanamnese positiv  ja  nein

Ausreichender Titer liegt vor  ja  nein

### Hepatitis A (bei Einsatz in der Gastroenterologie, Endoskopie, Aufnahmestation, Pädiatrie und in der Kindertagesstätte)

Mindestens 1 Impfung ist durchgeführt worden am  ja  nein

Ort und Datum

Ärztliche Unterschrift

Stempel