



Anmeldeformular

Hiermit melde ich mich verbindlich für die Ausbildung in der Krankenpflegehilfe an:

Gewünschter Ausbildungsbeginn: _____

Pflege-Schulungszentrum Norderstedt, Rugenbarg 63a, 22848 Norderstedt, psz-norderstedt@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

Nachweis über die Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung

- ☐ Erster allgemeinbildender Schulabschluss (oder ein anderer als gleichwertig anerkannter Abschluss)
- oder
- ☐ Das letzte Schulzeugnis (falls der Nachweis über den Schulabschluss noch nicht erbracht werden kann)

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

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 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 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