

Anmeldeformular

Hiermit melde ich mich verbindlich für die Ausbildung zur Pflegefachassistenz an:

Gewünschter Ausbildungsbeginn: _____

Pflege-Schulungszentrum

- ☐ Neumünster, Gartenstraße 28, 24534 Neumünster, psz-neumuenster@ibaf.de
☐ Rendsburg, Elefantstraße 13-15, 24768 Rendsburg, psz-rendsbu@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)
☐ Ärztlich bescheinigter Impfnachweis (siehe Vordruck Seite 4) (bei Kursstart)
☐ Erweitertes Führungszeugnis für die Ausbildung zur Pflegefachassistenz (bei Kursstart – nicht älter als 3 Monate)

Nachweis über die Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung

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

Weitere mögliche Zulassungskriterien werden zurzeit noch entwickelt.

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 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
Pflegefachassistent/Pflegefachassistentin**

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 Pflegefachassistent/Pflegefachassistentin ungeeignet ist.

Ort und Datum

Ärztliche Unterschrift

Stempel

Impfnachweis für Auszubildende in Pflegeberufen

Für die Tätigkeit im patientennahen Bereich muss ein Infektionsschutz gegeben sein.
Das IBAF, Institut für berufliche Aus- und Fortbildung, IBAF gGmbH, orientiert sich hierbei an den Empfehlungen der STIKO, den Empfehlungen des RKI sowie den Vorgaben seiner Kooperationspartner.

Hiermit wird bescheinigt, dass für nachfolgend genannte Person, ein vollständiger Impfschutz **oder** ein serologischer Schutznachweis gegen folgende Infektionskrankheiten nachgewiesen ist.

Vor- und Nachname:	Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer:	PLZ, Wohnort:

Masern I Mumps I Röteln

Impfung	1. Impfung am:	2. Impfung am:	Serologischer Schutznachweis	Termin*
Masern (mind. zwei Impfungen)			☐ Ja ☐ Nein	
Mumps (mind. zwei Impfungen)			☐ Ja ☐ Nein	
Röteln (mind. zwei Impfungen)			☐ Ja ☐ Nein	

*Falls noch **keine oder nur eine unvollständige Grundimmunisierung** besteht, bitte bei „Termin“ den geplanten Impftermin/ die geplanten Impftermine für den entsprechenden Infektionsschutz eintragen

Hepatitis A I Hepatitis B

Impfung	1. Impfung am:	2. Impfung am:	3. Impfung am:	(4. Impfung am:)	Serologischer Schutznachweis	Termin*
Hepatitis A (mind. zwei Impfungen)			_____	_____	☐ Ja ☐ Nein	
Hepatitis B (mind. drei Impfungen)					☐ Ja ☐ Nein	

*Falls noch **keine oder nur eine unvollständige Grundimmunisierung** besteht, bitte bei „Termin“ den geplanten Impftermin/ die geplanten Impftermine für den entsprechenden Infektionsschutz eintragen

Tetanus I Diphtherie I Poliomyelitis I Pertussis

Impfung	1. Impfung am:	2. Impfung am:	3. Impfung am:	Serologischer Schutznachweis	(Auffrischimpfung)/Termin* (nach mind. 10 Jahren)
Tetanus (mind. drei Impfungen)				☐ Ja ☐ Nein	
Diphtherie (mind. drei Impfungen)				☐ Ja ☐ Nein	
Poliomyelitis (mind. drei Impfungen)				☐ Ja ☐ Nein	
Pertussis (mind. drei Impfungen)				☐ Ja ☐ Nein	

*Falls noch **keine oder nur eine unvollständige Grundimmunisierung** besteht, bitte bei „Termin“ den geplanten Impftermin/ die geplanten Impftermine für den entsprechenden Infektionsschutz eintragen

Varizellen

Impfung	1. Impfung am:	2. Impfung am:	Serologischer Schutznachweis	Termin*
Varizellen (mind. zwei Impfungen)			☐ Ja ☐ Nein	

*Falls noch **keine** oder **nur eine unvollständige Grundimmunisierung** besteht, bitte bei „Termin“ den geplanten Impftermin/ die geplanten Impftermine für den entsprechenden Infektionsschutz eintragen

Empfehlung

Influenza

*Die STIKO empfiehlt die jährliche Impfung, aufgrund des erhöhten beruflichen Risikos von Pflegefachkräften sowie der möglichen Darstellung einer Infektionsquelle für immungeschwächte Patient*innen*

Impfung	Ja (letzter Impftermin)	Nein
Influenza (jährlich vor Beginn der Grippezeit)	☐	☐

Mit der Unterschrift wird die Vollständigkeit des erforderlichen Infektionsschutzes bestätigt.

Datum :

Unterschrift der Ärztin/des Arztes:

Stempel der Ärztin/des Arztes

Wir weisen darauf hin, dass ein unvollständig ausgefülltes Formular bzw. ein fehlender Immunschutz dazu führen kann, dass ein praktischer Einsatz **nicht** angetreten werden kann. Eventuell anfallende Kosten werden nicht vom IBAF erstattet. Die mögliche Kostenübernahme ist mit dem Ausbildungsträger (ggf. dem Betriebsarzt) zu klären; ergänzend kann eine Anfrage bei der Krankenkasse zur Kostenregelung erfolgen.

Von der*/dem* Auszubildenden auszufüllen:

Hiermit erlaube ich die Weitergabe des Impfnachweises zur ausschließlichen Verwendung im Zuge der oben genannten Ausbildung durch das IBAF an seiner Kooperationspartner auf Verlangen. Diese Daten werden im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben von den Kooperationspartnern gespeichert und danach ordnungsgemäß vernichtet. Eine Weitergabe dieser Daten durch die Kooperationspartner an Dritte ist ohne meine ausdrückliche Erlaubnis nicht gestattet.

Ort, Datum: Unterschrift Auszubildende*r: