

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