

Jahresbeurteilung des Praxisbetriebes
- Berufsfachschule für Sozialpflege - Alltagsbetreuung -
2. Ausbildungsjahr (ab Prüfungszulassung bis Ende)

Name der/s Auszubildenden: _____

Einsatzzeitraum von: __.__.20 ____ bis: 30.06.20____

Praxisanleitung: _____

Einrichtung/Einsatzort: _____

(Hinweis: 1 Schultag zählt immer als vollständig gearbeiteter Sollarbeitstag in die Wochenarbeitszeit)

Bewertung der Kompetenzen während des Arbeitsprozesses:

Personale Kompetenz:	+	/	-
Interesse/Initiative Leistungsbereitschaft, Interesse, Konzentration auf gestellte Aufgaben, Initiative ergreifend			
Selbständigkeit eigenständige Bearbeitung fachlicher Inhalte			
Zuverlässigkeit/Pflichtbewusstsein Zuverlässige Erledigung der Aufgaben, Pünktlichkeit			
Belastbarkeit physisch, psychisch			
Reflexionsfähigkeit Umgang mit Kritik, sich selbst reflektieren			
Erscheinungsbild und Umgangsformen angemessene Kleidung, persönliche Hygiene, Höflichkeit			

Fachkompetenz / Methodische Kompetenz:	+	/	-
Lernfähigkeit Lernzuwachs erkennbar, Lernbereitschaft			
Wahrnehmung von Bedürfnissen der Pflegeempfänger/innen			
Anwendung erlernter Methoden und Konzepte zeigt Fachwissen beim Planen und Durchführen von Betreuungsangeboten			
Problemlösefähigkeit Problemerkennung, Wissenstransfer auf gestellte Aufgaben, Kreativität			
Informationsweitergabe und Dokumentation mündlich, schriftlich			
Arbeitsorganisation Zeiteinteilung, Umgang mit Material			

Soziale Kompetenz:	+	/	-
Auftreten und Umgangsformen Benehmen, Kollegialität			
Kooperationsfähigkeit Teamfähigkeit, Integration ins Team			
Kommunikationsfähigkeit Mittelungsfähigkeit erlernter Sachverhalte, sprachliche Gewandtheit, Konfliktfähigkeit			

Geben Sie bitte eine kurze, zusammenfassende Bewertung im Fließtext ab (Einsatzbereich, Eignung, besondere Eigenschaften, berufliche Entwicklung...)

Die/der Auszubildende hat im 2. Ausbildungsjahr _____ Stunden in dieser

Praxiseinrichtung abgeleistet (inklusive Urlaubsstunden, aber ohne Schultage).

Die/der Auszubildende hat hatte außerdem _____ Fehltage (z.B. Krankheit...),

davon waren _____ unentschuldigt.

Keine Note mehr !

Datum, Stempel der Einrichtung

Unterschrift Praxisanleitung

Unterschrift Auszubildende/r

Unterschrift Einrichtungsleitung

Kenntnisnahme der/s Klassenlehrers/in