



Schüleranmeldung

Fachschule für Weiterbildung in der Pflege in Teilzeitform

- Fachkraft zur Leitung einer Pflege- und Funktionseinheit
 Fachkraft für Gerontopsychiatrie

Interne Vermerke

Schuljahr: 20 /

Klasse:

erfasst:

Persönliche Daten:

Name:
Vorname:
Geburtsname:
Geburtsdatum:
Geburtsort:
Geburtsland:
Straße/Nr.:
PLZ/Wohnort:
Bundesland/Kreis:
Telefon/mobil:
E-Mail:
<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss
<input type="checkbox"/> Anderer Schulabschluss
Schule: _____
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Nationalität: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____
Religionszugehörigkeit: <input type="checkbox"/> rk. <input type="checkbox"/> ev. <input type="checkbox"/> islam. <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> ohne
Verkehrssprache: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____

Beigefügte notwendige Bewerbungsunterlagen:

<input type="checkbox"/> Tabellarischer Lebenslauf mit Angaben über den bisherigen Bildungsweg und die ausgeübte Berufstätigkeit
Beglaubigte Kopie des Nachweises der abgeschlossenen Berufsausbildung als: <input type="checkbox"/> Altenpfleger/in <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kranken- bzw. Kinderkrankenpfleger/in <input type="checkbox"/> Heilerziehungspfleger/in
<input type="checkbox"/> Nachweis der mindestens zweijährigen einschlägigen beruflichen Tätigkeit

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die oben angegebene Fachschule für Weiterbildung in der Pflege an der Robert-Schuman-Schule Baden-Baden für das kommende Schuljahr.

Erklärung:

<input type="checkbox"/> Ich habe an keiner anderen Fachschule für Weiterbildung in der Pflege an einem Aufnahmeverfahren teilgenommen.
<input type="checkbox"/> Ich habe gleichzeitig einen Aufnahmeantrag an in gestellt.

Die Datenerhebung ist für die Aufnahme erforderlich und dient schulischen und statistischen Zwecken. Die im Anmeldebogen gemachten Angaben werden gemäß §§ 13 ff LDSG verarbeitet und gespeichert. Die Daten können an die nach behördlicher und gesetzlicher Vorschrift zu beteiligenden Stellen übermittelt werden. Sie haben das Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten sowie das Recht auf Berichtigung.

Datum, Unterschrift des Schülers/Bewerbers

Bescheinigung der Einrichtung (z.B. stationäre Altenpflegeeinrichtung, geriatrische Fachklinik, usw.)

Name der Einrichtung: _____

Ort, Straße: _____

Der/die oben Genannte kann die erforderlichen 400 Stunden ausbildungsbezogene Praxis in unserer Einrichtung ableisten. *)

Datum, Stempel/Unterschrift der Einrichtung

*) Hinweise (gem. § 2 (2) der Schulversuchsbestimmungen für die „Fachschule für die Weiterbildung in der Pflege in Teilzeitform“):

„Während der Ausbildung haben die Schülerinnen und Schüler insgesamt **mindestens 400 Stunden** ausbildungsbezogene Praxis in einer **im Einvernehmen mit der Schule** festgelegten Einrichtung abzuleisten.

→ Im Schwerpunkt **Leitung einer Pflege- und Funktionseinheit** sind hierbei insbesondere **stationäre** Altenpflegeeinrichtungen, **geriatrische** Fachkliniken, Rehabilitationskliniken oder allgemeine Krankenhäuser geeignet.

→ Im Schwerpunkt **Gerontopsychiatrie** sind eine **gerontopsychiatrische Einheit** in einem psychiatrischen Krankenhaus, eine gerontopsychiatrische Einheit in einer Alten- oder Behindertenhilfeeinrichtung, Krankenhäuser oder Rehabilitationseinrichtungen **unter ständiger fachärztlicher Beratung** geeignet. (...)

Der **Umfang** der Praxisstunden **und** die **Einrichtung**, in der diese Stunden absolviert worden sind, werden im Abschlusszeugnis ausgewiesen.