

## Deckblatt

Vorname:	Max
Nachname:	Mustermann
Adresse:	
Ausbildungsberuf:	Ergotherapeut/in
Fachrichtung/Schwerpunkt:	
Ausbildungsbetrieb:	
Verantwortliche/r Ausbilder/in:	
Beginn der Ausbildung:	01.08.2022
Ende der Ausbildung:	31.07.2026

### Hinweise:

1. Der ordnungsgemäß geführte Ausbildungsnachweis ist Zulassungsvoraussetzung zur Abschlussprüfung gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 BBiG.
2. Für das Anfertigen des Ausbildungsnachweises gelten folgende Anforderungen:
  - Der Ausbildungsnachweis ist täglich in möglichst einfacher Form (stichwortartige Angaben, ggf. Loseblattsystem, schriftlich oder elektronisch) von Auszubildenden selbständig zu führen sowie abzuzeichnen.
  - Jedes Blatt des Ausbildungsnachweises ist mit dem Namen des/der Auszubildenden, dem Ausbildungsjahr und dem Berichtszeitraum zu versehen.
  - Der Ausbildungsnachweis muss mindestens stichwortartig den Inhalt der betrieblichen Ausbildung wiedergeben. Dabei sind betriebliche Tätigkeiten einerseits sowie Unterweisungen, betrieblicher Unterricht und sonstige Schulungen andererseits zu dokumentieren.
  - In den Ausbildungsnachweis müssen darüber hinaus die Themen des Berufsschulunterrichts aufgenommen werden.
  - Die zeitliche Dauer der einzelnen Tätigkeiten sollte aus dem Ausbildungsnachweis hervorgehen.
3. Ausbildende oder Ausbilder/innen prüfen die Eintragungen in den Ausbildungsnachweisen mindestens monatlich (§ 14 Abs. 1 Nr. 4 BBiG). Sie bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit der Eintragungen mit Datum und Unterschrift. Elektronisch erstellte Nachweise sind dazu monatlich auszudrucken oder es ist durch eine elektronische Signatur sicherzustellen, dass die Nachweise in den vorgegebenen Zeitabständen erstellt und abgezeichnet wurden. Sie tragen dafür Sorge, dass bei minderjährigen Auszubildenden ein/e gesetzliche/r Vertreter/in in angemessenen Zeitabständen von den Ausbildungsnachweisen Kenntnis erhält und diese unterschriftlich bestätigt.
4. Bei Bedarf können weitere an der Ausbildung Beteiligte, z. B. die Berufsschule, vom Ausbildungsnachweis Kenntnis nehmen und dies unterschriftlich bestätigen.

Name des/der Auszubildenden:	Mustermann, Max		
Ausbildungsjahr:	1	Ggf. ausbildende Abteilung:	
Ausbildungswoche vom:	01.08.2022	bis:	07.08.2022

<b>Betriebliche Tätigkeiten</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klienten beraten</li> <li>• Medizinische Befunde gelesen</li> <li>• Therapeutische Maßnahmen durchgeführt</li> <li>• Handwerkliche Fähigkeiten geübt</li> <li>• Kreative Techniken angewandt</li> <li>• Psychosoziale Fähigkeiten gestärkt</li> <li>• Fertigkeiten zur Mobilisation erlangt</li> <li>• Alltagsaktivitäten angeleitet</li> </ul>
<b>Unterweisungen, betrieblicher Unterricht, sonstige Schulungen</b>
Gelernt, welche Hilfsmittel und Techniken in der Ergotherapie eingesetzt werden.
<b>Themen des Berufsschulunterrichts</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewebearten und Organsysteme</li> <li>• Physiologische Grundlagen</li> <li>• Stoffwechselerkrankungen</li> </ul>

Durch die nachfolgende Unterschrift wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen Angaben bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Auszubildende/r

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Ausbildende/r  
oder Ausbilder/in

Name des/der Auszubildenden:	Mustermann, Max		
Ausbildungsjahr:	1	Ggf. ausbildende Abteilung:	
Ausbildungswoche vom:	08.08.2022	bis:	14.08.2022

<b>Betriebliche Tätigkeiten</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kreative Techniken angewandt</li> <li>• Medizinische Befunde gelesen</li> <li>• Medizinisches Wissen erlernt</li> <li>• Kommunikationsfähigkeit verbessert</li> <li>• Behandlungsverläufe dokumentiert</li> <li>• Klienten beraten</li> <li>• Therapeutische Maßnahmen durchgeführt</li> <li>• Psychosoziale Fähigkeiten gestärkt</li> </ul>
<b>Unterweisungen, betrieblicher Unterricht, sonstige Schulungen</b>
Gelernt, wie man Patienten bei alltäglichen Aktivitäten unterstützt.
<b>Themen des Berufsschulunterrichts</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nervensystem</li> <li>• Verdauungssystem</li> <li>• Entzündungen und Infektionen</li> </ul>

Durch die nachfolgende Unterschrift wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen Angaben bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Auszubildende/r

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Auszubildende/r  
oder Ausbilder/in

Name des/der Auszubildenden:	Mustermann, Max		
Ausbildungsjahr:	1	Ggf. ausbildende Abteilung:	
Ausbildungswoche vom:	15.08.2022	bis:	21.08.2022

<b>Betriebliche Tätigkeiten</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizinische Befunde gelesen</li> <li>• Analytische Fähigkeiten angewandt</li> <li>• Ergonomische Beratung durchgeführt</li> <li>• Medizinisches Wissen erlernt</li> <li>• Präventionsmaßnahmen durchgeführt</li> <li>• Fertigkeiten zur Mobilisation erlangt</li> <li>• Gesprächsführung trainiert</li> <li>• Handwerkliche Fähigkeiten geübt</li> </ul>
<b>Unterweisungen, betrieblicher Unterricht, sonstige Schulungen</b>
Gelernt, wie man Kraft und Koordination der Patienten verbessert.
<b>Themen des Berufsschulunterrichts</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewebearten und Organsysteme</li> <li>• Physiologische Grundlagen</li> <li>• Herz-Kreislauf-Erkrankungen</li> </ul>

Durch die nachfolgende Unterschrift wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen Angaben bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Auszubildende/r

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Auszubildende/r  
oder Ausbilder/in

Name des/der Auszubildenden:	Mustermann, Max		
Ausbildungsjahr:	1	Ggf. ausbildende Abteilung:	
Ausbildungswoche vom:	22.08.2022	bis:	28.08.2022

<b>Betriebliche Tätigkeiten</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlungsverläufe dokumentiert</li> <li>• Empathie entwickelt</li> <li>• Präventionsmaßnahmen durchgeführt</li> <li>• Medizinische Befunde gelesen</li> <li>• Klienten beurteilt</li> <li>• Klienten beraten</li> <li>• Rehabilitationspläne erstellt</li> <li>• Psychosoziale Fähigkeiten gestärkt</li> </ul>
<b>Unterweisungen, betrieblicher Unterricht, sonstige Schulungen</b>
Gelernt, wie man Feinmotorik der Patienten verbessert.
<b>Themen des Berufsschulunterrichts</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewegungsapparat</li> <li>• Physiologische Grundlagen</li> <li>• Tumorerkrankungen</li> </ul>

Durch die nachfolgende Unterschrift wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen Angaben bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Auszubildende/r

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Auszubildende/r  
oder Ausbilder/in