

Deckblatt

Vorname:	Max
Nachname:	Mustermann
Adresse:	
Ausbildungsberuf:	Zahnmedizinische,-r Fachangestellte,-r
Fachrichtung/Schwerpunkt:	
Ausbildungsbetrieb:	
Verantwortliche/r Ausbilder/in:	
Beginn der Ausbildung:	01.08.2017
Ende der Ausbildung:	31.07.2021

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:	01.08.2017	bis:	06.08.2017

Betriebliche Tätigkeiten	Stunden
<ul style="list-style-type: none"> • Röntgenbilder gekennzeichnet • Füllungs- oder Abformmassen zugereicht • Privatrechnungen ausgestellt • Röntgenaufnahmen des ganzen Gebisses unter Beachtung der Strahlenschutzvorschriften angefertigt • Patienten empfangen • Patienten über Maßnahmen nach der Behandlung beraten • Aufträge für das zahntechnische Labor auf Weisung des Zahnarztes angefertigt • Mahnverfahren eingeleitet 	
Unterweisungen, betrieblicher Unterricht, sonstige Schulungen	Stunden
Gelernt, wie man bei der Behandlung von Patienten assistiert.	
Themen des Berufsschulunterrichts	Stunden
ABR: Pulpitiden PMM: Gestaltung des Empfangs- und Wartebereichs RWB: Sozialversicherung ZMA: Persönliche Hygiene	

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:	07.08.2017	bis:	13.08.2017

Betriebliche Tätigkeiten	Stunden
<ul style="list-style-type: none"> • Notfallsituation, bei Schock eines Patienten assistiert und Hilfe geleistet • Patientenakten bereitgestellt • Mängelrügen erstellt • Röntgenaufnahmen einzelner Zähne unter Beachtung der Strahlenschutzvorschriften angefertigt • Zahlungsverkehr auf Weisung des Zahnarztes/der Zahnärztin abgewickelt • Kostenpläne nach Angaben des Zahnarztes ausgefüllt • Zusammenarbeit mit zahntechnischen Labors abgewickelt • Hilfsmittel für die Behandlung zurechtgelegt 	
Unterweisungen, betrieblicher Unterricht, sonstige Schulungen	Stunden
Gelernt, welche Hygienemaßnahmen durchgeführt werden müssen.	
Themen des Berufsschulunterrichts	Stunden
ABR: Nervus trigeminus PMM: Anamnesebogen RWB: Jugendarbeitsschutz ZMA: Arbeitsmittel	

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:	14.08.2017	bis:	20.08.2017

Betriebliche Tätigkeiten	Stunden
<ul style="list-style-type: none"> • Abrechnungsarbeiten durchgeführt • Patientenakte geführt • Röntgenbilder vorschriftsmäßig in Aufbewahrung gegeben • Patienten über Bleachings beraten • Nadeln für die Behandlung zurechtgelegt • bei Behandlungen assistiert • Nahtmaterial u.a. Hilfsmittel zugereicht • Verwaltungsarbeiten durchgeführt 	
Unterweisungen, betrieblicher Unterricht, sonstige Schulungen	Stunden
Gelernt, wie man Röntgenaufnahmen macht.	
Themen des Berufsschulunterrichts	Stunden
ABR: Besondere Vereinbarungen mit Patienten PMM: Lage- und Flächenbezeichnungen der Zähne RWB: Arbeitssicherheit ZMA: Persönliche Hygiene	

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:	21.08.2017	bis:	27.08.2017

Betriebliche Tätigkeiten	Stunden
<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit mit zahntechnischen Labors abgewickelt • Patienten über kostenpflichtige Zusatzleistungen beraten • Patienten über professionelle Zahnreinigungen beraten • Mahnverfahren eingeleitet • Nahtmaterial u.a. Hilfsmittel zugereicht • Büromaterial bestellt • Notfallsituation, bei Schock eines Patienten assistiert und Hilfe geleistet • Laborarbeiten durchgeführt 	
Unterweisungen, betrieblicher Unterricht, sonstige Schulungen	Stunden
Gelernt, wie die Möglichkeiten der Karies- und Parodontalprophylaxe aussehen.	
Themen des Berufsschulunterrichts	Stunden
ABR: Pulpitiden PMM: Patientengruppen RWB: Sozialversicherung ZMA: Immunisierungen	

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

Datum, Unterschrift Auszubildende/r

Datum, Unterschrift Auszubildende/r
oder Ausbilder/in