

Deckblatt

Vorname:	Max
Nachname:	Mustermann
Adresse:	
Ausbildungsberuf:	medizinische,-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"> • Patientendokumentation organisiert • bei der EKG-Untersuchung mitgewirkt • Krankenblätter bei einem neuen Patienten angelegt • Patienten im Wartezimmer betreut • Patienten über Kursangebote informiert • nach Absprache mit der Ärztin Rezepte ausgegeben • Urinproben untersucht • Abrechnungen vorbereitet 	
Unterweisungen, betrieblicher Unterricht, sonstige Schulungen	Stunden
Gelernt, wie man Patienten vor, während und nach der Behandlung betreut und berät.	
Themen des Berufsschulunterrichts	Stunden
ASS: Persönliche Hygiene PBA: Physikalische Therapie: Kälte, Wärme, Reizstrom PMM: Konfliktlösungsstrategien WIS: Haftung und strafrechtliche Verantwortung	

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:	07.08.2017	bis:	13.08.2017

Betriebliche Tätigkeiten	Stunden
<ul style="list-style-type: none"> • Blutentnahmen für Laboruntersuchungen durchgeführt • Patientendaten für die Untersuchung bereitgehalten • bei der Röntgen-Untersuchung mitgewirkt • Schriftverkehr erledigt • in der Praxis Termine festgelegt • Untersuchungsergebnisse protokolliert und dokumentiert • Befunde und Krankheitsberichte geschrieben und angefordert • im Büro geholfen 	
Unterweisungen, betrieblicher Unterricht, sonstige Schulungen	Stunden
Themen des Berufsschulunterrichts	Stunden
ASS: Hygienekette PBA: Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln PMM: Versichertennachweis WIS: Berufsorganisationen	

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"> • Verwaltungsarbeiten durchgeführt • im Büro geholfen • Lungenfunktion eines Patienten geprüft • in der Praxis Termine festgelegt • Patienten empfangen • Untersuchungsergebnisse protokolliert und dokumentiert • Schulung bezüglich der Gesundheitsvorsorge für einige Patienten gehalten • Patienten betreut 	
Unterweisungen, betrieblicher Unterricht, sonstige Schulungen	Stunden
Themen des Berufsschulunterrichts	Stunden
ASS: Hygienekette PBA: Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln PMM: Behandlungsvertrag WIS: Berufsbildungsgesetz	

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"> • medizinischen Instrumente, Geräte und Apparate gepflegt und gewartet • Abrechnungen vorbereitet • Praxisräume vorbereitet • Schriftverkehr erledigt • Patientendaten für die Untersuchung bereitgehalten • Quartalsabrechnungen durchgeführt • nach Absprache mit der Ärztin Rezepte ausgegeben • bei diagnostischen Maßnahmen mitgewirkt 	
Unterweisungen, betrieblicher Unterricht, sonstige Schulungen	Stunden
Gelernt bei der ärztlichen Therapie zu assistieren und z.B. Stütz- und Wundverbände anzulegen.	
Themen des Berufsschulunterrichts	Stunden
ASS: Postexpositionsprophylaxe PBA: Physikalische Therapie: Kälte, Wärme, Reizstrom PMM: Gesprächsführung WIS: Haftung und strafrechtliche Verantwortung	

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

Datum, Unterschrift Auszubildende/r

Datum, Unterschrift Auszubildende/r
oder Ausbilder/in