



**KRANKENPFLEGEPRAKTIKUM FORMBLATT**

**4 Wochen (120 Stunden)**

AUSSCHLIESSLICH DAS ORIGINAL DIESES DOKUMENTS IST EINZUREICHEN. FOTOKOPIEN UND PER E-MAIL ZUGESCHICKTE BILDER WERDEN NICHT AKZEPTIERT.

Hiermit wird bescheinigt, dass Frau/Herr

Nachname MIT GROßBUCHSTABEN: .....

Vorname MIT GROßBUCHSTABEN: .....

(geb. am ...../...../..... in (Stadt/Staat) ...../.....)

nachfolgende Aufgaben im Rahmen des Krankenpflegepraktikums durchgeführt hat:

Abkürzungen in den Tabellenköpfen:

S: Stufe der Aneignung PA: Anzahl der praktischen Anwendung

Bewertung der Stufe und Methoden der Aneignung:

G: gesehen

T: teilgenommen

D: durchgeführt

Spezifikation der Fertigkeit	S	PA	Akzeptanz	Unterschrift der Betreuerin/ des Betreuers
1. Beurteilung des Allgemeinzustands der Patienten	T	5		
2. Überwachung der Vitalparameter (Temperatur, Puls, Blutdruck)	G-T	5		
3. Dokumentation der Vitalparameter in der Pflegedokumentation	G	5		
4. Hygienische Händedesinfektion	G-T	5		
5. Hilfe beim Duschen	G-T	5		
6. Komplettes Bettbad durchführen	G-T	5		
7. Haare waschen (Haarpflege)	G-T	1		
8. Rasur (Haarpflege)	G-T	1		
9. Hautpflege	G-T	1		
10. Nagel-und Fußpflege	G-T	1		
11. Mundhygiene	G-T	5		
12. Pflege der Prothese des Patienten	G-T	2		
13. Augen-, Ohren- und Nasenpflege	G-T	5		
14. Bettung mobiler Patienten	G-T	5		
15. Bettung bettlägeriger Patienten	G-T	5		
16. Hilfe beim Essen	G-T	5		
17. Hilfe beim Essen und Trinken für unfähige Patienten	G-T	5		
18. Messung und Dokumentation der Flüssigkeitsaufnahme	G-T	5		
19. Vorbereitung und Weiterschicken von Urin zum Labortest	G-T	1		
20. Hilfe beim Urinieren (Bettpfanne)	G-T	5		
21. Vorbereitung eines Blasenkatheters für eine Patientin	G-T	5		
22. Vorbereitung eines Blasenkatheters für einen Patienten	G-T	5		
23. Tägliche Pflege des Blasenkatheters	G-T	5		

24. Messung und Dokumentation der entleerten Flüssigkeit	G-T	5		
25. Anwendung von Inkontinenzunterwäsche	G-T	1		
26. Hilfe bei der Defäkation	G-T	1		
27. Weiterschicken einer Stuhlprobe zum Test	G-T	1		
28. Benutzung der Zimmertoilette	G-T	5		
29. Vorbereitung zum Klistier	G-T	1		
30. Durchführung eines Klistiers	G-T	1		
31. Hilfe bei der Positionsveränderung der Patienten	G-T	5		
32. Zurückpositionierung der Patienten in das Bett	G-T	1		
33. Hilfe bei der Positionsveränderung der Patienten im Bett	G-T	5		
34. Hilfe beim Gehen	G-T	5		
35. Dekubitusprävention	G-T	5		
36. Dekubituspflege	G-T	1		
37. Verabreichung von O <sub>2</sub> über eine Sauerstoffbrille	G-T	5		
38. Verabreichung von O <sub>2</sub> über eine Maske	G-T	5		
39. Orale Verabreichung von Medikamenten	G-T	1		
40. Sublinguale Verabreichung von Medikamenten	G-T	1		
41. Rektale Verabreichung von Medikamenten	G-T	1		
42. Verabreichung von Augenmedikamente	G-T	1		
43. Verabreichung von Ohrenmedikamenten	G-T	1		
44. Verabreichung von inhalativen Medikamenten (Aerosolen)	G-T	1		
45. Vorbereitung der parenteralen Verabreichung von Medikamenten	G-T	5		
46. Vorbereitung einer Venenpunktion	G-T	5		
47. Durchführung einer Venenpunktion	G-T	5		
48. Vorbereitung der Infusion	G-T	5		
49. Anschließen der vorbereiteten medikamentenfreien Infusion	G-T	1		
50. Durchführung einer Blutentnahme	G-T	5		
51. Pflege des peripheren Venenkatheters	G-T	5		
52. Pflege des zentralen Venenkatheters	G-T	1		

Bitte markieren Sie die Akzeptanz mit X in der Spalte vor der Unterschrift der Betreuerin/des Betreuers.

Mindestens **39** der angegebenen Fertigkeiten **müssen für die Anerkennung absolviert sein.**

Die/Der Studierende hat alle Fertigkeiten absolviert, außer Nummer .....

**BEACHTEN SIE, DASS DIE DAUER DES PRAKTIKUMS MINDESTENS 120 STUNDEN BETRAGEN MUSS**

Dauer des Praktikums: von ...../...../..... bis ...../...../.....

Name und Adresse des Krankenhauses/der Klinik MIT GROßBUCHSTABEN:.....

Abteilung MIT GROßBUCHSTABEN: .....

Akkreditierungen des Krankenhauses/der Klinik:.....

Name des Pflegedienstleiters MIT GROßBUCHSTABEN: .....

Telefonnummer: .....

E-Mail-Adresse MIT GROßBUCHSTABEN:.....

Bewertung der/des Studierenden: .....

.....

.....  
.....  
Ich bescheinige, dass ich für die Dauer der oben beschriebenen praktischen Ausbildung des/der Studierenden dessen/deren BetreuerIn war, dass die in diesem Formular enthaltenen Informationen eine wahrheitsgetreue und genaue Beschreibung der praktischen Ausbildung darstellen und dass der/die Studierende bei der Ausführung aller angegebenen Aufgaben Kompetenz und Fertigkeit gezeigt hat. Ich bescheinige außerdem, dass die praktische Ausbildung den Anforderungen der staatlich anerkannten medizinischen Ausbildung des Landes entspricht, in dem die praktische Ausbildung durchgeführt wurde.

Datum:.....

**Unterschrift und Stempel der Betreuerin/ des Betreuers:**

.....

