

**Fachpraktische Tätigkeit – Einschätzung der Praktikumsstelle**

/  
Schuljahr

**Ausbildungsrichtung Gesundheit**

<b>Schüler*in</b> (Name in Druckbuchstaben)	<b>Klasse</b>	<b>Beurteilungszeitraum von - bis</b>
<b>Betreuer*in - Praktikumsstelle</b> (Name in Druckbuchstaben)	<b>Betreuungslehrkraft – Schule</b> (Name in Druckbuchstaben)	

Bitte Zutreffendes eindeutig ankreuzen. Nicht bewertbare Kriterien können gestrichen werden.

<b>SOZIAL-/SELBSTKOMPETENZ</b>	<b>+++</b>	<b>++</b>	<b>+</b>	<b>-</b>	<b>--</b>
• ist teamfähig und bringt sich angemessen in das Arbeitsgeschehen ein					
• setzt Anregungen und Verbesserungsvorschläge erkennbar um					
• hält Termine, Absprachen und Arbeitszeiten zuverlässig ein					
• verhält sich zuvorkommend, respektvoll und hilfsbereit					

<b>METHODEN-/FACHKOMPETENZ</b>	<b>+++</b>	<b>++</b>	<b>+</b>	<b>-</b>	<b>--</b>
• erledigt übertragene Aufgaben verlässlich, planvoll und in angemessener Zeit					
• geht verantwortungsbewusst mit den Arbeitsmaterialien um und hält Ordnung am Arbeitsplatz					
• zeigt fachliches Interesse und greift auf erworbenes Wissen zurück					
• pflegt einen situationsgerechten Umgang mit den Klienten und nimmt Rücksicht auf deren Bedürfnisse					
• beobachtet aufmerksam, reagiert adäquat und gibt Auffälligkeiten und Informationen zügig und präzise weiter					
• drückt sich korrekt und zielgruppengemäß aus					
• hält grundlegende Vorschriften am Arbeitsplatz ein (z. B. Hygienestandards, Datenschutz)					
• stellt sich Herausforderungen des Tätigkeitsbereichs, erkennt eigene Grenzen und nimmt Hilfe in Anspruch					
• *)					

\*) Raum für eine weitere Kompetenz, die spezifisch für die jeweilige Praktikumsstelle ist (optional)

Zusätzliche Bemerkungen können bei Bedarf auf der Rückseite angebracht werden.

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel Praktikumsstelle

Name des Unterzeichnenden in Druckbuchstaben

Die Einschätzung wurde mit dem/der Schüler\*in besprochen.

Unterschrift Schüler\*in