

## Bestätigung und Feedback Berufseinblick Pflege HF

Zeitpunkt des Berufseinblicks

---

### Angaben Interessent / in

---

Name/Vorname

---

Geburtsdatum

---

### Angaben zur Praxisinstitution

---

Name und Adresse der Institution

---

Fokus

(F) Kinder, Jugendliche, Familien und Frauen

(K) Körperlich erkrankte Menschen

(P) Psychisch erkrankte Menschen

---

### Durch eine dipl. Pflegefachperson auszufüllen

(Nach Möglichkeit mit pädagogischer Weiterbildung (Berufsbildner/innen)  
bzw. Führungspersonen HF)

---

Name/Vorname der/des Verantwortlichen

---

Berufsabschluss und Funktion der/des Verantwortlichen

HF

DN II

AKP/KWS/PsyKP

FH

Andere

---

Telefonnummer

---

Mobile

---

E-Mail

---

Informationen

- Der Leitfaden Berufseinblick Pflege HF beschreibt die inhaltlichen und organisatorischen Aspekte des Berufseinblicks.
  - Wir erlauben uns, bei Unklarheiten telefonisch nachzufragen.
  - Bei Fragen Ihrerseits steht Ihnen Vera Loser Gardi, Fachverantwortliche Eignungsabklärung, Berner Bildungszentrum Pflege (031 630 17 04, vera.loser.gardi@bzpflege.ch) zur Verfügung.
  - Die verantwortliche Person des Praxisbetriebs übergibt das Original der Bestätigung der Interessentin/dem Interessenten oder sendet ihr/ihm dieses nach Abschluss an den Berufseinblick Pflege HF per Post zu. Diese/dieser reicht das Formular mit der Anmeldung für die Pflege HF beim Berner Bildungszentrum Pflege ein.
-



---

Kurze Beschreibung der Abteilung

---

Wie haben Sie die/den Kandidierenden in der Kontaktaufnahme zum Team und zu den Patienten auf der Abteilung erlebt?

---

Wie zeigte sich während des Berufseinblicks die Neugierde, Interesse und Initiative der/des Kandidierende/n für den Beruf dipl. Pflegefachfrau/-mann HF?

---

Wie hat sich die/der Kandidierende mit dem gewünschten Fokus auseinandergesetzt und was ist Ihnen dabei speziell aufgefallen?

---

Was gibt es ausserdem noch für wichtige Rückmeldung zur/zum Kandidierenden für die Ausbildung zur dipl. Pflegefachfrau HF/zum dipl. Pflegefachmann HF im gewünschten Fokus?

---



---

**Die verantwortliche Person der Praxisinstitution**

---

Datum

---

Unterschrift

---

**Die / der Kandidierende**

---

Datum

---

Unterschrift

---

Das vollständig ausgefüllte Formular bitte ausdrucken und unterschrieben als PDF einscannen.  
Das Dokument wird von den Kandidierenden direkt mit der elektronischen Anmeldung eingereicht.