



## **Qualifikation vom aktuellen Arbeitgeber**

**Name/Vorname Studierende/Studierender**

---

1. Aufgrund welcher Beweggründe empfehlen Sie diese Pflegefachfrau, diesen Pflegefachmann für die Weiterbildung?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Welchen Kompetenzzuwachs sehen Sie für zukünftige Einsatzmöglichkeiten als wichtig an? Sind bereits Einsatzmöglichkeiten dafür vorgesehen, beschrieben?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Beilage zur Qualifikation

Zum direkten Transfer der Lerninhalte in die Berufspraxis werden die Studierenden während der Weiterbildung von einer Praxisbegleiterin, einem Praxisbegleiter unterstützt. Wenn möglich ist diese Person im Betrieb der Studierenden bzw. des Studierenden tätig und kann bereits im Vorfeld bestimmt werden. Falls die Bedingungen schwierig zu erfüllen sind, wird eine angemessene Sonderlösung mit der Studierenden bzw. dem Studierenden in persönlicher Absprache bestimmt.

Gemäss dem SBK-Reglement und den dazugehörigen Ausführungsbestimmungen zur HöFa 1 müssen Praxisbegleiterinnen bzw. Praxisbegleiter folgende Anforderungen erfüllen:

### Die Praxisbegleiterin bzw. der Praxisbegleiter

- § ist diplomierte Pflegefachperson mit absolvierter, grösserer Weiterbildung (mind. NDS, HöFa 1 oder gleichwertige Weiterbildungsabschlüsse)
- § verfügt über eine längere Berufserfahrung und kennt wenn möglich die zukünftige Rolle der Pflegefachperson mit NDS (Fachexpertin, Pflegeberaterin, HöFa 1) im Betrieb
- § kennt die Ziele und Inhalte der Weiterbildung NDS Pflege mit Schwerpunkten

Eine Praxisbegleitung muss während der gesamten Weiterbildung der Studierenden/des Studierenden gewährleistet sein. Falls dies zum Zeitpunkt der Anmeldung noch nicht möglich ist, beschreiben Sie bitte kurz, wie die Praxisbegleitung vorgesehen ist und gewährleistet werden kann.

Falls die Praxisbegleitung noch nicht bestimmt werden kann, ist folgendes Vorgehen geplant:

---

---

Wir bestätigen, dass die oben genannten Bedingungen betreffend Praxisbegleitung erfüllt sind. Folgende Person ist für die Praxisbegleitung vorgesehen:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. direkt \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Arbeitgeber (Stempel)

(Unterschrift Vorgesetzte/r, Funktion)