Aufnahmeantrag für Generalistische Pflegeausbildung

BFPL (TZ)

zur Aufnahme notwendige Anlagen 1. □ Beglaubigte Kopie Abschlusszeugnis Realschule

- 3. ☐ Ärztliches Attest über die gesundheitliche Eignung
- 4. ☐ Angaben über die Praxisstelle
- 5. ☐ Nachweis Erste-Hilfe-Kurs

Bitte alle mit ▶ gekennzeichneten Felder deutlich lesbar ausfüllen. Nur vollständig ausgefüllte Aufnahmeanträge können bearbeitet werden.

- 6. ☐ Merkblatt Betroffenenrechte
- 7. ☐ Einwilligung Datenweitergabe an das Landratsamt

ue	Name:	•				Augusta-Bender-Schule			
	Vorname:	•				Schillerstraße2 , 74821 Mosbach © 06261 8908-50; Fax -52 send@augusta-bender-schule.de www.augusta-bender-schule.de Die Datenschutzbestimmungen finden			
	Geburtsname:	•							
	Geschlecht	•	□männlic	h □weiblich	□divers				
Jat	Geburtsdatum:	•				Sie auf unserer Homepage.			
Persönliche Daten	Geburtsort und – land:	>							
	Straße und Hausnummer	•				lhr			
	Postleitzahl:	•				Bild			
	Wohnort:	•							
	Telefon:	•							
	E-Mail:	•							
	Geschlecht	•	□männlic	h □weiblich	□divers	Wird von der Schule ausgefüllt!			
'n	Name:	•					Datum	Kurzz.	
rsc	Vorname:	•				ASV			
be	Straße und	•				1. Hbj.			
sbr	Hausnummer:								
Bezugsperson	Postleitzahl:	>				1 Abschl.			
	Wohnort:	•							
	Ständige telefon. Erreichbarkeit	•				Brief			
g	Schulabschluss:	•				Aufnahme			
Vorbildung	Zuletzt besuchte	•				Klasse			
þji	Schule:								
ork	Schulort:	•				FAL/FBL			
>	Klasse:	•					Stand: D	ez. 2023	
Ich hat	pe mich an den folgenden Spen:	Schul	_ <u>'</u> '						
Bitte geben Sie an, welche Schule 2.									
Ihre 1., 2. oder 3. Wahl ist. Ordnen Sie auch die Augusta-Bender-Schule mit ein.									
Ich habe an einer anderen Berufsfachschule für Altenpflege einen Aufnahmeantrag gestellt Schule:									
Ich habe bereits an einem Aufnahmeverfahren an einer anderen Berufsfachschule für Altenpflege teilgenommen Schule:									
Ich versichere / Wir versichern die Richtigkeit der obigen Daten und stimme/n der elektronischen Speicherung der Antragsdaten für schulische Zwecke zu. Die Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen. Fehlerhafte Daten führen zur Rücknahme der Aufnahmezusage.									
Datum									
Unterschrift der Bewerberin / des Bewerbers									
Unters	chrift der Erziehungsberecl	n (Beide)			_				



Sie haben als von einer Verarbeitung personenbezogener Daten betroffene Person folgende Rechte:

- Gemäß Artikel 7 Absatz 3 EU-DSGVO können Sie Ihre einmal erteilte <u>Einwilligung jederzeit gegenüber</u> uns widerrufen. Dies hat zur Folge, dass wir die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruht, für die Zukunft nicht mehr fortführen dürfen.
- Gemäß Artikel 15 EU-DSGVO können Sie <u>Auskunft über Ihre</u> von uns verarbeiteten <u>personenbezogenen Daten</u> verlangen. Insbesondere können Sie Auskunft über die Verarbeitungszwecke, die
 - Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorien von Empfängern, gegenüber denen Ihre Daten offengelegt
- wurden oder werden, die geplante Speicherdauer, das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, das Bestehen eines Beschwerderechts, die Herkunft ihrer Daten, sofern diese nicht bei uns erhoben wurden, sowie über das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling und ggf. aussagekräftigen Informationen zu deren Einzelheiten verlangen.
- Gemäß Artikel 16 EU-DSGVO können Sie die unverzügliche <u>Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung</u> Ihrer bei uns gespeicherten <u>personenbezogenen Daten</u> verlangen.
- Gemäß Artikel 17 EU-DSGVO können Sie die <u>Löschung</u> Ihrer bei uns gespeicherten <u>personenbezogenen Daten</u> verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist.
- Gemäß Artikel 18 EU-DSGVO können Sie die <u>Einschränkung der Verarbeitung</u> Ihrer <u>personenbezogenen Daten</u> verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten von Ihnen bestritten wird oder die Verarbeitung unrechtmäßig ist, Sie aber deren Löschung ablehnen oder wir die Daten nicht mehr benötigen, Sie jedoch diese zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen.
- Gemäß Artikel 21 EU-DSGVO können Sie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen. Dieses Widerspruchsrecht ist das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die für die Wahrnehmung einer uns übertragenen Aufgabe erforderlich ist, die im öffentlichen Interesse liegt oder in Ausübung öffentlicher Gewalt erfolgt, Widerspruch einzulegen; dies gilt auch für ein auf diese Bestimmungen gestütztes Profiling. Wir verarbeiten die personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn, wir können zwingende schutz- würdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die die Interessen, Rechte und Freiheiten Ihrer Person überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.
- Gemäß Artikel 20 EU-DSGVO können Sie Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns per Einwilligung bereitgestellt haben und die wir automatisiert verarbeiten, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen verlangen (<u>Recht auf Datenübertragbarkeit</u>).
- Gemäß Artikel 77 EU-DSGVO können Sie sich bei einer <u>Datenschutz- Aufsichtsbehörde</u> <u>beschweren</u>. In der Regel können Sie sich hierfür an die Aufsichtsbehörde Ihres üblichen Aufenthaltsortes oder Arbeitsplatzes wenden. In Baden-Württemberg ist dies der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit.

arita anniah ana iaha dara iah dia Daturffan anna ahta mara Datan ahuta mara Kanataia ara annara ahaba



Angaben über die Praxisanleitung nach PflAPrV § 4 Praxisanleitung im Schuljahr 20___/___ Rückmeldung per Mail oder Fax erbeten!

Name des proktischen Aushildungsträgers (TpA):				
Name des praktischen Ausbildungsträgers (TpA):				
Name der Schülerin / des Schülers:				
Klasse: Zutreffendes bitte ankreuzen				
□ 3BFPL1 □ 3BFPL2 □ 3BFPL3 □ 3BFPL4				
Name des praktischen Ausbildungsträgers (TpA) bzw. Name der Praxisstelle eines Pflichteinsatzes:				
Anschrift (Straße, Hausnummer,				
Postleitzahl, Ort, Telefon, Fax, Mail)				
Verantwortliche/-r für die Durchführung				
des Praxiseinsatzes (EL bzw. PDL):				
Praktischer Einsatzort:				
☐ Orientierungseinsatz (Träger) ☐ Pflichteinsatz pädiatrische Versorgung				
☐ Pflichteinsatz stationäre Akutpflege ☐ Pflichteinsatz psychiatrische Versorgung	☐ Pflichteinsatz psychiatrische Versorgung			
☐ Vertiefungseinsatz beim Träger ☐ Pflichteinsatz stationäre Langzeitpflege				
☐ Pflichteinsatz ambulante Pflege ☐ 160 Stunden zur weiteren Verteilung				
Die oben genannte Schülerin / der oben genannte Schüler wird von folgenden				
Praxisanleiterinnen/Praxisanleitern betreut:				
Praxisanleiter/-in: Zutreffendes bitte ankreuzen:				
(Name, Vorname) Staatl. geprüfte/-r Altenpfleger/-in mit mindestens einem Jahr				
Berufserfahrung im Anleitungsbereich und Qualifikation zur Praxisanleitung	g ¹			
→ Nachweis in Kopie beilegen				
☐ Staatl. geprüfte/-r Gesundheits- und Krankenpfleger/-in mit mindestens				
einem Jahr Berufserfahrung im Anleitungsbereich und Qualifikation zur				
Praxisanleitung² → Nachweis in Kopie beilegen				
□ Sonst. Zusatzqualifikation:	••••			
Stellvertretende/r Zutreffendes bitte ankreuzen:				
Praxisanleiter/-in: Staatl. geprüfte/-r Altenpfleger/-in mit mindestens einem Jahr				
(Name, Vorname) Berufserfahrung im Anleitungsbereich und Qualifikation zur Praxisanleitung	g ¹			
→ Nachweis in Kopie beilegen				
☐ Staatl. geprüfte/-r Gesundheits- und Krankenpfleger/-in mit mindestens				
einem Jahr Berufserfahrung im Anleitungsbereich und Qualifikation zur				
Praxisanleitung ² → Nachweis in Kopie beilegen				
□ Sonst. Zusatzqualifikation:				
→ Nachweis in Kopie beilegen				
PflAPrV § 4 Praxisanleitung (1): Die Praxisanleitung erfolgt im Umfang von mindestens 10 Prozent der währe	end			
eines Einsatzes zu leistenden praktischen Ausbildungszeit, geplant und strukturiert auf der Grundlage des				
vereinbarten Ausbildungsplanes.				
(Datum) (Unterschrift) (Stempel der Einrichtung)				

¹ berufspädagogische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 300 Stunden und kontinuierliche, insbesondere berufspädagogische Fortbildung im Umfang von mindestens 24 Stunden jährlich [PflAPrV §4(3)] ODER Für Personen, die am 31. Dezember 2019 nachweislich über die Qualifikation zur Praxisanleitung nach § 2 Absatz 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung oder § 2 Absatz 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung verfügen, wird diese der be rufspädagogischen Zusatzqualifikation gleichgestellt. [PflAPrV §4(3)] PflAPrV § 64 Fortgeltung der Berufsbezeichnung PflAPrV § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 Führen der Berufsbezeichnungen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie in der Altenpflege; ² Siehe Fußnote 1



Ärztliches Attest

über die Eignung zur Berufsausbildung als Pflegefachfrau/-mann

Frau/ Herr	
geboren am:	in:
ist heute von mir untersucht worden.	
Ich habe festgestellt, dass die gesundheitliche Pflegefachfrau/-mann vorliegt.	e Eignung für die berufliche Tätigkeit als
Der/die Genannte ist geistig und körperlich ge eine Suchtkrankheit.	esund; auch fanden sich keine Anzeichen für
Ort, Datum	Unterschrift / Stempel der Hausärztin / des Hausarztes



Einwilligung

Datenweitergabe an das Landratsamt als Träger der Pflegeschule zur Planung der Pflichteinsätze im Rahmen der Generalistischen Pflegeausbildung (4BFP)

Erklärende Hinweise zum Formular:

Mit dem Ausbildungsvertrag muss ein Ausbildungsplan bei der Pflegeschule eingereicht werden, der die zeitliche Planung der Pflichteinsätze mit Angabe der Einsatzorte im Rahmen der Generalistischen Pflegeausbildung ausweist.

(vgl. u.a. § 7 [Durchführung der praktischen Ausbildung] und § 8 Abs. 3 PflBRefG:

Der Träger der praktischen Ausbildung hat über Vereinbarungen mit den weiteren an der praktischen Ausbildung beteiligten Einrichtungen zu gewährleisten, dass 1. die vorgeschriebenen Einsätze der praktischen Ausbildung in den weiteren an der praktischen Ausbildung beteiligten Einrichtungen durchgeführt werden können und 2. die Ausbildung auf der Grundlage eines Ausbildungsplans zeitlich und sachlich gegliedert so durchgeführt werden kann, dass das Ausbildungsziel in der vorgesehenen Zeit erreicht werden kann.)

Die zeitliche Planung der Pflichteinsätze mit Ausweisung der Einsatzorte kann auf Wunsch des Trägers der praktischen Ausbildung die Kreiskoordinatorin des Landratsamtes des Neckar-Odenwald-Kreises übernehmen.

Hierzu benötigen wir die Einwilligung des/der Auszubildenden und des Trägers der praktischen Ausbildung in die Übergabe der notwendigen Daten an das Landratsamt und an die Pflichteinsatzstellen.

Die folgende Einwilligungserklärung seitens des/der Auszubildenden und des Trägers der praktischen Ausbildung ist mit dem Aufnahmeantrag bei der Pflegeschule einzureichen. Einwilligung Auszubildende*r Hiermit gebe ich, ____ Auszubildende*r mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten (Name, Geburtsdatum und Anschrift) zur Planung meiner Pflichteinsätze im Rahmen der Generalistischen Pflegeausbildung an das Landratsamt des NeckarOdenwald-Kreises und an die Pflichteinsatzstellen weitergegeben werden dürfen. Ort, Datum Unterschrift Auszubildende*r Unterschrift Erziehungsberechtigte Einwilligung Träger der praktischen Ausbildung ☐ Wir wünschen eine Planung der Pflichteinsätze durch die Kreiskoordinatorin. ☐ Wir wünschen keine Planung der Pflichteinsätze durch die Kreiskoordinatorin. Wir koordinieren die Pflichteinsätze selbst und reichen die Planung der Pflichteinsätze mit dem Ausbildungsvertrag bei der Pflegeschule ein. Hiermit geben wir, Name des Trägers der praktischen Ausbildung unser Einverständnis, dass unsere Daten (Name, Anschrift, Ansprechpartner*in) zur Planung der Pflichteinsätze unseres/r o.g. Auszubildenden im Rahmen der Generalistischen Pflegeausbildung an das Landratsamt des Neckar-Odenwald-Kreises und an die Pflichteinsatzstellen weitergegeben werden dürfen. Ort. Datum Unterschrift Träger der praktischen Ausbildung + Stempel