|  |
| --- |
| Anlage 3a |
| Schulanschrift |  **Regierung von Oberfranken** **Staatl. Prüfungsausschuss in der Altenpflege** Prüfungsjahrgang: 2016/17  |
| **Caritas-Berufsfachschule für Altenpflege St. Marien****Jakobsberg 31****96049 Bamberg** |
|  |
| Name, Vorname des Prüflings | Name, Vorname eines weiteren Prüflings |
|  |  |
|  |
| **Praktischer Teil der Prüfung in der Altenpflege gem. § 12 AltPflAPrV****- Einverständniserklärung -** |
|  |
| **1.** | **Einverständniserklärung der Bewohnerin/des Bewohners:** |
|  | Name | Anschrift |
|  |  |  |
|  | Hiermit erkläre ich mich einverstanden, am praktischen Teil der Prüfung als zu pflegende Person teilzunehmen.Ich bin bereit, mich im Rahmen der Grund- und Behandlungspflege von einem Prüfling am Prüfungstag pflegen zu lassen.Ich bin darüber informiert, dass am Prüfungstag zwei Fachprüferinnen/Fachprüfer und evtl. die zuständige Praxisanleitung anwesend sein werden: |
|  | Fachprüferinnen/Fachprüfer | Praxisanleitung |
|  |  |  |
|  | Gegebenenfalls kann auch die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses teilnehmen.Ich bin einverstanden, dass zur Bewertung der Prüfungsleistung neben dem Prüfling die beteiligten Prüferinnen und Prüfer Einsicht in meine Pflegeplanung nehmen können. Diese Personen sind zu striktem Stillschweigen verpflichtet.Diese Erklärung kann ich zu jeder Zeit mündlich oder schriftlich widerrufen. |
| **Ich stehe nicht unter rechtlicher Betreuung.** |
|  |  |  |  |
| Datum |  |  | Unterschrift  |
|  |
| **Die Bewohnerin/Der Bewohner steht unter rechtlicher Betreuung i.S. des § 1896 BGB.** |
|  | Name und Anschrift des Betreuers |
|  |  |
| Mit nachfolgender Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis. |
|  |  |  |  |
| Datum |  |  | Unterschrift  |
|  |
| **2.** | **Zustimmung der Pflegedienstleitung:** |
|  | Mit nachfolgender Unterschrift erkläre ich meine Zustimmung, dass der Bewohner/die Bewohnerin in der Pflegesituation der praktischen Prüfung mit einbezogen wird. |
|  | Prüfungstag |
|  |  |
|  |  |  |  |
| Datum |  |  | Unterschrift  |