

# Praktikumsnachweis

Dokumentation des Praktikums zur Anleitung und Einarbeitung in behandlungspflegerische Maßnahmen der Leistungsgruppen 1 und 2 des o. a. Vertrages [§ 17 Abs. 2 Buchstaben e) und f) des Vertrages].

Hiermit wird bescheinigt, dass dieses Praktikum einen Umfang von 3 Monaten in (rechnerischer) Vollzeit hat. Bei Teilzeitbeschäftigung verlängert sich das Praktikum entsprechend.

Frau/Herr \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_  
Vorname/Name TT MM JJJJ

wurde während des Zeitraumes \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
im Rahmen eines Praktikums in die Erbringung von behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend der Leistungsgruppen 1 und 2 des o. a. Vertrages eingearbeitet bzw. angeleitet.

Die Einarbeitung/Anleitung wurde ausschließlich durch dreijährig examinierte Pflegefachkräfte durchgeführt.

<b>Praktische Übungen</b> (fettgedruckte Maßnahmen sind obligatorisch zu erbringen, kursivgedruckte sollen möglichst erbracht werden)	<b>Datum</b>	<b>Unterschrift der anleitenden Pflegefachkraft</b>
<b>Blutdruckmessung</b>		
<b>Blutzuckermessung</b>		
<b>Medikamentengabe</b>		
<b>Injektionen, s.c.</b>		
<b>An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen (ab Kl. II)</b>		
<b>Versorgung von bis zu zwei Dekubitus Grad 2</b>		
<b>SPK Versorgung</b>		
<b>Richten von Injektionen</b>		
<b>Versorgung bei PEG</b>		
<b>Richten von ärztlich verordneten Medikamenten (ohne Wochendispenser)</b>		

<b>Praktische Übungen</b> (fettgedruckte Maßnahmen sind obligatorisch zu erbringen, kursivgedruckte sollen möglichst erbracht werden)	<b>Datum</b>	<b>Unterschrift der anleitenden Pflegefachkraft</b>
<i>Auflegen von Kälteträgern</i>		
<i>Inhalation</i>		
<i>Augentropfen</i>		
<i>Klistiere, Klyisma</i>		
<i>Flüssigkeitsbilanzierung</i>		
<i>Medizinische Einreibungen</i>		
<i>Dermatologische Bäder</i>		

### 1. Unterschrift der anleitenden Pflegeeinrichtung

Hiermit bestätigt die nachstehend genannte Pflegeeinrichtung, dass die vorgenannten Behandlungspflegemaßnahmen von der Pflegehilfskraft fachgerecht erbracht werden können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel der Pflegeeinrichtung

### 2. Unterschrift der angeleiteten Pflegehilfskraft

Hiermit bestätige ich, dass ich in die Erbringung der vorgenannten Behandlungspflegemaßnahmen eingearbeitet bzw. zu diesen angeleitet wurde und sie im Rahmen des Praktikums erbracht habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Pflegehilfskraft