

# Anmeldeformular

**Hiermit melde ich mich für die Ausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann an:**

Ausbildungsbeginn: \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße + Nr. \_\_\_\_\_

PLZ + Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

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

## Als Unterlagen habe ich beigefügt:

### Persönliche Unterlagen

Lebenslauf

Personalausweis oder Pass (Kopie)

Ärztliche Bescheinigung (Vordruck: siehe Seite 2)

### Nachweis über die Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung

Mittlerer Schulabschluss (oder ein als gleichwertig anerkannter Abschluss)

oder

Erster allgemeinbildender Schulabschluss (oder ein anderer als gleichwertig anerkannter Abschluss)

*zusammen mit dem Nachweis*

einer erfolgreich abgeschlossenen mindestens zweijährigen Berufsausbildung

einer erfolgreich abgeschlossenen Ausbildung in der Altenpflegehilfe oder Krankenpflegehilfe

Näheres zu den Zugangsvoraussetzungen finden Sie unter § 11 Pflegeberufegesetz (PflBG).

### Nachweis über einen Ausbildungsbetrieb

Ausbildungsvertrag mit einem Ausbildungsbetrieb

oder vorab

Schriftliche Bestätigung der Ausbildungsbereitschaft durch den Ausbildungsbetrieb

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

**Hinweise: Wir behandeln Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Datenschutzvorschriften nur intern.**

**Die Anmeldung ist erst mit der Bestätigung durch das Pflege-Schulungszentrum wirksam.**

### Bitte senden Sie

Ihr ausgefülltes und ausgedrucktes  
Anmeldeformular zusammen  
mit den genannten Unterlagen an:

### Kontakt:

IBAF-Pflege-Schulungszentrum Neumünster  
Gartenstraße 28  
24534 Neumünster

## Ärztliches Attest für die Ausbildung zur/zum Pflegefachfrau/mann

Hiermit wird bestätigt, dass Frau/Herr \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_, körperlich und geistig gesund, frei von ansteckenden Erkrankungen sowie weder Hepatitis B- noch Hepatitis C-Virussträger ist.

**Akute oder chronische Hauterkrankungen im Bereich der Arme und Hände liegen nicht vor.**

### **Hepatitis B** (bei Einsatz in allen Klinik-Bereichen)

Mindestens zwei Impfungen sind durchgeführt.

Die 2. Impfung ist am \_\_\_\_\_ erfolgt (mind. 2 Wochen vor Praktikumsantritt!!) und anti-HBc negativ.

JA  NEIN

**oder**

Serologischer Schutznachweis liegt vor:  
(anti-HBs 100 U/l) oder anti-HBc positiv.

JA  NEIN

### **Tetanus/Diphtherie/Poliomyelitis** (jeweils mind. 4 Impfungen)

JA NEIN

	JA	NEIN
Tetanus		
Diphtherie		
Poliomyelitis		

### **Masern/Mumps/Röteln/Pertussis**

JA NEIN

		JA	NEIN
Masern	mindestens zwei Impfungen sind erfolgt oder serologischer Schutz vorhanden		
Mumps	mindestens zwei Impfungen sind erfolgt oder serologischer Schutz vorhanden		
Röteln	mindestens zwei Impfungen sind erfolgt oder serologischer Schutz vorhanden		
Pertussis	in den vergangenen 10 Jahren einmalige Impfung oder Infektion		

### **Windpocken** (bei Einsatz in der Pädiatrie, Onkologie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Intensivmedizin und in der Kindertagesstätte)

JA NEIN

	JA	NEIN
Varizellenanamnese positiv		
ausreichender Titer liegt vor		

### **Hepatitis A** (bei Einsatz in der Gastroenterologie, Endoskopie, Aufnahmestation, Pädiatrie und in der Kindertagesstätte)

JA NEIN

	JA	NEIN
mindestens eine Impfung ist durchgeführt worden am _____		

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

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Ärztin/Arzt**

\_\_\_\_\_  
**Stempel**