



# 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 Norderstedt  
Rugenbarg 63a  
22848 Norderstedt



## 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliomyelitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Masern/Mumps/Röteln/Pertussis**

JA                      NEIN

		JA	NEIN
Masern	mindestens zwei Impfungen sind erfolgt oder serologischer Schutz vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps	mindestens zwei Impfungen sind erfolgt oder serologischer Schutz vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	mindestens zwei Impfungen sind erfolgt oder serologischer Schutz vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertussis	in den vergangenen 10 Jahren einmalige Impfung oder Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

JA                      NEIN

Varizellenanamnese positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausreichender Titer liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

JA                      NEIN

mindestens eine Impfung ist durchgeführt worden am _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

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

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

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