

**Meldung
von Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern
gemäß § 9 Pflegeberufe-Eignungsverordnung
Sachsen-Anhalt (PflEignVO LSA)**



SACHSEN-ANHALT

Landesverwaltungsamt
Referat 507
-Pflegeberufegesetz-

Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt
Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe
Maxim-Gorki-Straße 7
06114 Halle (Saale)

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

1. Anschrift der Ausbildungseinrichtung

Name			
Straße und Hausnummer			
Postleitzahl	Ort		
Telefonnummer		E-Mail-Adresse	

2. Praxiseinsatzbereich der Ausbildungseinrichtung

stationäre Akutpflege
 stationäre Langzeitpflege
 ambulante Akut- / Langzeitpflege
 Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung
 Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung

3. Träger der praktischen Ausbildung

Name	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Ort

4. Benennung der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter und deren Stellvertreter/in

Name, Vorname der Praxisanleiter/in und deren Stellvertreter/in	Berufliche Qualifikation	Nachweis über die berufspädagogische Zusatzqualifikation (gemäß § 4 Abs. 3 Satz 1 PflAPrV)		
		300 Stunden	200 Stunden (bis 31.12.2019)	berufspädagogische Fortbildung im Umfang von mindestens 24 Stunden
	<input type="checkbox"/> Pflegefachfrau/Pflegefachmann <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger/in <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in <input type="checkbox"/> Altenpfleger/in <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ausstellungsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ausstellungsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ausstellungsdatum
	<input type="checkbox"/> Pflegefachfrau/Pflegefachmann <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger/in <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in <input type="checkbox"/> Altenpfleger/in <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ausstellungsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ausstellungsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ausstellungsdatum
	<input type="checkbox"/> Pflegefachfrau/Pflegefachmann <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger/in <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in <input type="checkbox"/> Altenpfleger/in <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ausstellungsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ausstellungsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ausstellungsdatum

	<input type="checkbox"/> Pflegefachfrau/Pflegefachmann <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger/in <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in <input type="checkbox"/> Altenpfleger/in <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ausstellungsdatum <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Pflegefachfrau/Pflegefachmann <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger/in <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in <input type="checkbox"/> Altenpfleger/in <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ausstellungsdatum <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>

Beizufügende Unterlagen:

Kopie der berufspädagogischen Zusatzqualifikation zur Praxisanleiterin/ zum Praxisanleiter, sofern es sich um eine andere, als die in der Tabelle aufgeführten Ausbildungsberechtigungen handelt

Kopie der berufspädagogischen Fortbildung (24 Stunden)

Hinweis:
Bitte beachten Sie, dass Personalveränderungen bei der Praxisanleitung innerhalb eines Monats beim Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe anzuzeigen sind.

Ich bestätige, dass der/die Anleiter/in in den letzten 5 Jahren mindestens 1 Jahr Berufserfahrung im oben angekreuzten Einsatzbereich (stationäre Akutpflege/stationäre Langzeitpflege/ambulante Akut-/Langzeitpflege) als Inhaber/in der o. g. Berufsurkunde erworben hat.

Ort, Datum	Unterschrift des/der Geschäftsführer/in oder des/der Vertretungsberechtigten
------------	--