

Vorpraktikum für den Lehrgang Pflegehelfende SRK

Name _____ Vorname _____

Ort der Evaluation _____

Name / Vorname der verantw. Praktikumsbegleiterin _____

Tel Praktikumsbegleitung _____

Evaluationszeitraum
(Die Evaluation muss sich auf einen Zeitraum von mindestens fünf Tagen beziehen)

(Bitte ankreuzen)

Die Kandidatin / der Kandidat

	Ja	Nein
<input type="checkbox"/> zeigt Interesse für pflegerische Hilfsarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> begegnet den Pflegeempfängern mit Respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> wahrt die Sicherheit der Pflegeempfänger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> drückt sich auf Deutsch verständlich aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> kommuniziert angemessen mit den Mitgliedern des Teams	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> versteht erteilte Anweisungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> hält sich an die Anweisungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> kann andere unbefangen berühren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ist praktisch veranlagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> tritt gepflegt auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ist pünktlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ist diskret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> hält das Material sauber und in gutem Zustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Betrachten Sie den Kandidaten / die Kandidatin für die Pflege geeignet?

☐ Ja

☐ Nein

Bitte begründen Sie die Antwort

Falls die Kandidatin ein Vorpraktikum von nur fünf Tagen absolviert, sollte sie sich nach Möglichkeit an den folgenden Pflegeverrichtungen beteiligen, damit das Vorpraktikum möglichst aussagekräftig ist. Kreuzen Sie die ausgeführten Verrichtungen bitte unten an:

- ☐ Ganzwäsche am Lavabo
- ☐ Dusche
- ☐ Bad
- ☐ Benutzung von Hilfsmitteln (Läutehebel, Patientenlift usw.)

Bemerkungen

Stempel und Unterschrift der Pflegedienstleitung

Ort / Datum

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterzeichnete Formular an
Rotes Kreuz Wallis
Regionalstelle Oberwallis
Viktoriastrasse 15
3900 Brig

Vielen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit.
Natalie Zurwerra-Salzmänn
Rotes Kreuz Wallis
Koordinatorin Regionalstelle und Bildung Oberwallis