



Aktenzeichen: 24.14.04.

## Niederschrift

über das Abschlussgespräch zur Feststellung eines gleichwertigen Kenntnisstandes  
als **Gesundheits- und Krankenpfleger/in** im Fach

\_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ (Datum) für die

Antragsteller/in: \_\_\_\_\_ (**Vor- und Zuname**), geb. \_\_\_\_\_

gem. § 20 b Absatz 2 KrPflAPrV.

### I. Ort des Abschlussgespräches

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### II. Anwesend beim Abschlussgespräch

1. \_\_\_\_\_ (Lehrkraft)

2. \_\_\_\_\_ (Lehrkraft oder Praxisanleiter/-in)

Das Abschlussgespräch betrifft ein theoretisches Unterrichtsfach. Daher nur die Anwesenheit von einem Fachprüfer.

### III. Ablauf des Abschlussgespräches

Die beigefügte Anlage und die jeweiligen Leitfragen sind Gegenstand dieses Gespräches





Es handelt sich um ein Abschlussgespräch im Rahmen der praktischen Ausbildung und wird an einer/einem Patientin/Patienten mit folgendem Krankheitsbild durchgeführt:

---

---

---

---

<b>stichpunktartige Dokumentation des Gesprächsverlaufes</b>	<b>Bewertung der Antworten</b>





stichpunktartige Dokumentation des Gesprächsverlaufes	Bewertung der Antworten





#### IV. Besondere Vorkommnisse bzw. Besonderheiten

---

---

---

---

---

---

---

#### V. Gesamtergebnis:

Die für den Beruf erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten wurden

- nachgewiesen
- nicht nachgewiesen (Begründung erforderlich)
- Entscheidung über eine angemessene Verlängerung des Anpassungslehrgangs: \_\_\_\_\_

Wenn die für den Beruf erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten nicht nachgewiesen werden konnten, ist eine ausführliche Begründung erforderlich. Die Begründung muss aussagekräftig und hinreichend bestimmt sein. Gleichzeitig ist die angemessene Verlängerung des Anpassungslehrgangs zu begründen. Auch kann begründet werden, warum ein evtl. Wechsel der Ausbildungsstätte als sinnvoll gesehen wird.

Begründung:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Düsseldorf, den \_\_\_\_\_

---

Name lesbar/Unterschrift des/der 1. Fachprüfers/Fachprüferin

---

Name lesbar/Unterschrift des/der 1. Fachprüfers/Fachprüferin

---

Stempel der Einrichtung

