

# Aufnahmeantrag für Generalistische Pflegeausbildung

**BFPL (TZ)**

zur Aufnahme  
notwendige

- Anlagen**
1.  Beglaubigte Kopie Abschlusszeugnis Realschule
  2.  Tabellarischer Lebenslauf mit Passbild
  3.  Ärztliches Attest über die gesundheitliche Eignung
  4.  Angaben über die Praxisstelle
  5.  Nachweis Erste-Hilfe-Kurs

Bitte alle mit ▶ gekennzeichneten Felder deutlich lesbar ausfüllen. Nur vollständig ausgefüllte Aufnahmeanträge können bearbeitet werden.

6.  Merkblatt Betroffenenrechte
7.  Einwilligung Datenweitergabe an das Landratsamt

<b>Persönliche Daten</b>	Name:	▶		<b>Augusta-Bender-Schule</b> Schillerstraße2 , 74821 Mosbach ☎ 06261 8908-50; Fax -52 send@augusta-bender-schule.de <a href="http://www.augusta-bender-schule.de">www.augusta-bender-schule.de</a> Die Datenschutzbestimmungen finden Sie auf unserer Homepage.		
	Vorname:	▶				
	Geburtsname:	▶				
	Geschlecht	▶	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers			
	Geburtsdatum:	▶				
	Geburtsort und – land:	▶ ▶				
	Straße und Hausnummer	▶				
	Postleitzahl:	▶				
	Wohnort:	▶				
	Telefon:	▶				
E-Mail:	▶		Ihr Bild			
<b>Bezugsperson</b>	Geschlecht	▶	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<b>Wird von der Schule ausgefüllt!</b>		
	Name:	▶		Datum	Kurz.	
	Vorname:	▶		<b>ASV</b>		
	Straße und Hausnummer:	▶		1. Hbj.		
	Postleitzahl:	▶		1 Abschl.		
	Wohnort:	▶				
Ständige telefon. Erreichbarkeit	▶		Brief			
<b>Vorbildung</b>	<b>Schulabschluss:</b>	▶		<b>Aufnahme</b>		
	<b>Zuletzt besuchte Schule:</b>	▶		Klasse		
	<b>Schulort:</b>	▶		FAL/FBL		
	<b>Klasse:</b>	▶			Stand: Dez. 2023	

Ich habe mich an den folgenden Schulen beworben: Bitte geben Sie an, welche Schule Ihre 1., 2. oder 3. Wahl ist. Ordnen Sie auch die <b>Augusta-Bender-Schule</b> mit ein.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">1.</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">2.</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">3.</td></tr> </table>	1.	2.	3.
1.				
2.				
3.				
<input type="checkbox"/> Ich habe an einer anderen Berufsfachschule für Altenpflege einen Aufnahmeantrag gestellt Schule: _____				
<input type="checkbox"/> Ich habe bereits an einem Aufnahmeverfahren an einer anderen Berufsfachschule für Altenpflege teilgenommen Schule: _____				
Ich versichere / Wir versichern die Richtigkeit der obigen Daten und stimme/n der elektronischen Speicherung der Antragsdaten für schulische Zwecke zu. Die Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen. Fehlerhafte Daten führen zur Rücknahme der Aufnahmezusage.				
Datum				
Unterschrift der Bewerberin / des Bewerbers				
Unterschrift der Erziehungsberechtigten (Beide)				

**bitte wenden**



Sie haben als von einer Verarbeitung personenbezogener Daten betroffene Person folgende Rechte:

- Gemäß Artikel 7 Absatz 3 EU-DSGVO können Sie Ihre einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber uns widerrufen. Dies hat zur Folge, dass wir die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruht, für die Zukunft nicht mehr fortführen dürfen.
- Gemäß Artikel 15 EU-DSGVO können Sie Auskunft über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten verlangen. Insbesondere können Sie Auskunft über die Verarbeitungszwecke, die Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorien von Empfängern, gegenüber denen Ihre Daten offengelegt wurden oder werden, die geplante Speicherdauer, das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, das Bestehen eines Beschwerderechts, die Herkunft ihrer Daten, sofern diese nicht bei uns erhoben wurden, sowie über das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling und ggf. aussagekräftigen Informationen zu deren Einzelheiten verlangen.
- Gemäß Artikel 16 EU-DSGVO können Sie die unverzügliche Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten verlangen.
- Gemäß Artikel 17 EU-DSGVO können Sie die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist.
- Gemäß Artikel 18 EU-DSGVO können Sie die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten von Ihnen bestritten wird oder die Verarbeitung unrechtmäßig ist, Sie aber deren Löschung ablehnen oder wir die Daten nicht mehr benötigen, Sie jedoch diese zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen.
- Gemäß Artikel 21 EU-DSGVO können Sie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen. Dieses Widerspruchsrecht ist das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die für die Wahrnehmung einer uns übertragenen Aufgabe erforderlich ist, die im öffentlichen Interesse liegt oder in Ausübung öffentlicher Gewalt erfolgt, Widerspruch einzulegen; dies gilt auch für ein auf diese Bestimmungen gestütztes Profiling. Wir verarbeiten die personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn, wir können zwingende schutz- würdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die die Interessen, Rechte und Freiheiten Ihrer Person überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.
- Gemäß Artikel 20 EU-DSGVO können Sie Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns per Einwilligung bereitgestellt haben und die wir automatisiert verarbeiten, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen verlangen (Recht auf Datenübertragbarkeit).
- Gemäß Artikel 77 EU-DSGVO können Sie sich bei einer Datenschutz- Aufsichtsbehörde beschweren. In der Regel können Sie sich hierfür an die Aufsichtsbehörde Ihres üblichen Aufenthaltsortes oder Arbeitsplatzes wenden. In Baden-Württemberg ist dies der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit.

Hiermit versichere ich, dass ich die Betroffenenrechte zum Datenschutz zur Kenntnis genommen habe.

Ort/ Datum

Name

Unterschrift



## Angaben über die Praxisanleitung nach PflAPrV § 4 Praxisanleitung im Schuljahr 20\_\_/\_\_\_

Rückmeldung per Mail oder Fax erbeten!

Name des praktischen Ausbildungsträgers (TpA):	
Name der Schülerin / des Schülers:	
<b>Klasse:</b> Zutreffendes bitte ankreuzen	
<input type="checkbox"/> 3BFPL1	<input type="checkbox"/> 3BFPL2
<input type="checkbox"/> 3BFPL3	<input type="checkbox"/> 3BFPL4
Name des praktischen Ausbildungsträgers (TpA) bzw. Name der Praxisstelle eines Pflichteinsatzes:	
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Telefon, Fax, Mail)	
Verantwortliche/-r für die Durchführung des Praxiseinsatzes (EL bzw. PDL):	
Praktischer Einsatzort:	
<input type="checkbox"/> Orientierungseinsatz (Träger) <input type="checkbox"/> Pflichteinsatz stationäre Akutpflege <input type="checkbox"/> Vertiefungseinsatz beim Träger <input type="checkbox"/> Pflichteinsatz ambulante Pflege	<input type="checkbox"/> Pflichteinsatz pädiatrische Versorgung <input type="checkbox"/> Pflichteinsatz psychiatrische Versorgung <input type="checkbox"/> Pflichteinsatz stationäre Langzeitpflege <input type="checkbox"/> 160 Stunden zur weiteren Verteilung

Die oben genannte Schülerin / der oben genannte Schüler wird von folgenden Praxisanleiterinnen/Praxisanleitern betreut:

Praxisanleiter/-in: (Name, Vorname)	Zutreffendes bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/> Staatl. geprüfte/-r Altenpfleger/-in mit mindestens einem Jahr Berufserfahrung im Anleitungsbereich und Qualifikation zur Praxisanleitung <sup>1</sup> → Nachweis in Kopie beilegen  <input type="checkbox"/> Staatl. geprüfte/-r Gesundheits- und Krankenpfleger/-in mit mindestens einem Jahr Berufserfahrung im Anleitungsbereich und Qualifikation zur Praxisanleitung <sup>2</sup> → Nachweis in Kopie beilegen  <input type="checkbox"/> Sonst. Zusatzqualifikation: ..... → Nachweis in Kopie beilegen
Stellvertretende/r Praxisanleiter/-in: (Name, Vorname)	Zutreffendes bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/> Staatl. geprüfte/-r Altenpfleger/-in mit mindestens einem Jahr Berufserfahrung im Anleitungsbereich und Qualifikation zur Praxisanleitung <sup>1</sup> → Nachweis in Kopie beilegen  <input type="checkbox"/> Staatl. geprüfte/-r Gesundheits- und Krankenpfleger/-in mit mindestens einem Jahr Berufserfahrung im Anleitungsbereich und Qualifikation zur Praxisanleitung <sup>2</sup> → Nachweis in Kopie beilegen  <input type="checkbox"/> Sonst. Zusatzqualifikation: ..... → Nachweis in Kopie beilegen

PflAPrV § 4 Praxisanleitung (1): Die Praxisanleitung erfolgt im Umfang von mindestens 10 Prozent der während eines Einsatzes zu leistenden praktischen Ausbildungszeit, geplant und strukturiert auf der Grundlage des vereinbarten Ausbildungsplanes.

.....  
(Datum) (Unterschrift)

.....  
(Stempel der Einrichtung)

<sup>1</sup> berufspädagogische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 300 Stunden und kontinuierliche, insbesondere berufspädagogische Fortbildung im Umfang von mindestens 24 Stunden jährlich [ PflAPrV §4(3) ] ODER Für Personen, die am 31. Dezember 2019 nachweislich über die Qualifikation zur Praxisanleitung nach § 2 Absatz 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung oder § 2 Absatz 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung verfügen, wird diese der berufspädagogischen Zusatzqualifikation gleichgestellt. [ PflAPrV §4(3) ] PflAPrV § 64 Fortgeltung der Berufsbezeichnung PflAPrV § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 Führen der Berufsbezeichnungen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie in der Altenpflege; <sup>2</sup>Siehe Fußnote 1



# Ärztliches Attest

## über die Eignung zur Berufsausbildung als Pflegefachfrau/-mann

Frau/ Herr .....

geboren am: ..... in: .....

ist heute von mir untersucht worden.

Ich habe festgestellt, dass die gesundheitliche Eignung für die berufliche Tätigkeit als Pflegefachfrau/-mann vorliegt.

Der/die Genannte ist geistig und körperlich gesund; auch fanden sich keine Anzeichen für eine Suchtkrankheit.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift / Stempel  
der Hausärztin / des Hausarztes

