

VORPRAKTIKUM

für den Lehrgang Pflegehelfer/In SRK

Name Vorname

Ort der Evaluation

Name/Vorname der verantw. Praktikumsbegleiterin:

Tel. Praktikumsbegleiterin: Evaluationszeitraum.....
(Die Evaluation muss sich auf einen Zeitraum von mindestens fünf Tagen beziehen)

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

Bitte wenden ./.

Rotes Kreuz Wallis
 Regionalstelle Oberwallis
 Bahnhofstrasse 4
 3900 Brig
 E-Mail: info@rotes-kreuz-wallis.ch

Tel. 027 324 47 20

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
Bahnhofstrasse 4
3900 Brig**

Vielen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit.