**Evangelisches Berufskolleg der BDA**

**Fachschule für Heilerziehungspflege**

**-staatlich anerkannt-**

# Gutachten der Praxisstelle

**über das Berufspraktikum als Heilerziehungspfleger/in**

**§34 Anlage E7. Abschnitt der APO-B vom 26.05.1999 (BASS 13-33 Nr. 1.1.)**

Frau/ Herr ………….....................................................................................................................................

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

war vom ................................................................ bis .............................................................

in ....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………….(Name und Ort der Praxisstelle)

als Berufspaktikant/in tätig.

**1. Ihre/ Seine Aufgabenbereiche umfassen:**

(Hospitationen, angeleitete Tätigkeiten, selbstständig durchgeführte Tätigkeiten, Eigeninitiativen und Innovationen):

**2. Verhalten und Leistungen auf den verschiedenen Kompetenzbereichen:**

**Fachkompetenz** (Fachwissen, Gesprächsführung, Organisationsfähigkeit, Planungsfähigkeit, Konzepterstellung und -ausführung, Methodensicherheit und -kreativität, Reflexionsfähigkeit, Bereitschaft zur Weiterentwicklung des eigenen professionellen Handelns):

**Sozialkompetenz** (Akzeptanz, Einfühlungsvermögen, Beziehungsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Teamfähigkeit, Kritikfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Umgang mit Nähe und Distanz):

**Selbstkompetenz** (Offenheit, Disziplin, Verantwortungsbereitschaft, Frustrationstoleranz, Rollenbewusstsein, Flexibilität, Selbstkritik, Selbstständigkeit):

**3. Berufliche Eignung:**

**4. Sonstiges:**

**.…………………………………………………………………………………………………………...**

## Datum/ Unterschrift Praxisanleiter/in Träger der Einrichtung