

**Erhebungsbogen**  
zur Beurteilung der  
**Eignung zur praktischen Ausbildung**  
**als weitere, geeignete Einrichtung**  
§ 4 Abs. 2 Satz 3 KrPflG (BGBI. I 2003 S. 1442)

Hinweise zum Ausfüllen: [ ] ankreuzen oder Zahl eintragen. [Bitte möglichst online ausfüllen!](#)

**Name der Einrichtung:**

Anschrift:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Homepage:

**Staatliche Ermächtigung liegt vor:** ja [ ] nein [ ]  
**durch / vom: Gesundheitsamt/Bezirksregierung**

**Name des Trägers:**

Anschrift:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Homepage:

**Anzahl und Zeitraum der bereitgestellten Ausbildungsplätze**

**Zahl der gleichzeitig eingesetzten SchülerInnen:** [ ]

**Zeitraum des praktischen Einsatzes:** Wochen

**Ausbildungsbereich/e:**

(Anlage 1 B zu § 1 KrPflAPrV)

Nach SGB V und SGB XI (Ambulante Pflege)

## Darstellung der Einrichtung

### Personelle Ausstattung

Zahl der **Ärztinnen/Ärzte:** [ ]  
(ggf. Kooperationsvereinbarung beilegen)

(§ 1 Abs. 2 S. 3 KrPflAPrV, § 2 Abs. 2 S. 2 AltPflAPrV)  
Zahl der **examierten Krankenpflegekräfte:** [ ]

Zahl der **examierten Kinderkrankenpflegekräfte:** [ ]

**Alle pädagogische Zusatzqualifikation gem. § 2 Abs. 2 KrPflAPrV** ja [ ] nein [ ]

Zahl der **examierten Altenpflegekräfte:** [ ]

Sonstige examinierte Gesundheitsfachberufe (z. B. Arzthelferin, KPH)

**Bitte Kopien der Berufserlaubnisurkunden oder Approbationen der AusbilderInnen beifügen!**

### Räumliche und sächliche Ausstattung

**Behandlungszimmer:** [ ]

**Aufenthaltsräume:** [ ]

**Umkleieräume** (geschlechtsgetrennt): [ ]

**Toilettenräume** (geschlechtsgetrennt): Damen [ ] Herren [ ]

**Laborräume:** [ ]

**Sonstige Räume:** [ ]  
(Bitte Funktion benennen)

**Bitte Raumpläne (1:100) mit genauer Raumfunktionsbezeichnung beifügen!**

**EDV-Anlage:** ja [ ] nein [ ]

**Medizintechnische Ausstattung:**  
(Beschreibung der apparativen/technischen Ausstattung)

## **Dienstleistungen der Einrichtung**

(Kurze Darstellung des Patientenspektrums nach Alter von bis und Erkrankungsbildern, des Behandlungsspektrums bzw. der Behandlungskonzepte, der besonderen Pflegeleistungen – bei stationären Einrichtungen zusätzlich die Zahl der Pflegebetten)

Nach SGB V und SGB XI

Behindertengerechte Wohnungen (Verhinderungspflege)  
Beatmungspatien/innen  
Schmerztherapie  
Infusionstherapie

## **Die Einrichtung stellt die Praxisanleitung wie folgt sicher:**

**Persönliche/r AnsprechpartnerIn für die SchülerInnen:**

**Die sachliche Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird bestätigt:**

**Leitung der Einrichtung**

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift**

**Erhebungsbogen bitte möglichst online ausfüllen und versenden!**

**Die Anlagen bitte per Post senden.**

Bestätigung der Schulleitung

**Die Einrichtung wurde von mir zuletzt begangen am:**

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift**

**Stellungnahme der Unteren Gesundheitsbehörde (Gesundheitsamt)**

**(Zwingend erforderlich!)**

**Die Einrichtung ist ordnungsgemäß registriert.      Ja [ ]      Nein [ ]**

**Gegen eine Eignung zur praktischen Ausbildung von  
KrankenpflegeschülerInnen bestehen keine / folgende Bedenken**

---

**Ort, Datum**

---

**(Unterschrift und Stempel)**