

**ERHEBUNGSBOGEN**  
**Antrag auf staatliche Anerkennung als**  
**Weiterbildungsstätte für Pflegeberufe**  
**hier: Psychiatrische Pflege**  
 gem. §§ 1, 34 WBVO-Pflege (GV. NRW. 2009 S. 904)

Hinweise zum Ausfüllen:         ankreuzen oder Zahl eintragen.

**Name des Trägers:**

Anschrift:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Homepage:

**Name der Weiterbildungsstätte:**

Anschrift:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Homepage:

**Organisationsform:**    **Als verbundfreie Weiterbildungsstätte**        ( )  
    **Als verbundleitende Weiterbildungsstätte**        ( )

**Mit folgendem/n Krankenhaus/Krankenhäusern im Verbund  
 (§ 34 Nr. 1 WBVO-Pflege):**

**1. Name des Krankenhauses:**

Anschrift:

Fachkrankenhaus für Psychiatrie	ja	( )
Fachabteilung für Psychiatrie vorhanden	ja	( )
Fachabteilung für psychotherapeutische Medizin vorhanden	ja	( )

## 2. Name des Krankenhauses:

Anschrift:

Fachkrankenhaus für Psychiatrie ja ( )

Fachabteilung für Psychiatrie vorhanden ja ( )

Fachabteilung für psychotherapeutische  
Medizin vorhanden ja ( )

Ggf. weitere Krankenhäuser

- Liste ist als Anlage beigefügt - ( )

**Verbundverträge mit Benennung der Praxisanleitung**

- als Anlage beigefügt ( )

**Weiterbildungsplätze unter Anleitung für die praktische**

**Weiterbildung** Anzahl ( )

**Größe der Weiterbildungsstätte**

Beantragte Teilnehmerzahl ( )

## **Personelle Ausstattung**

**Leitung der Weiterbildungsstätte** (§ 34 Nr. 2 WBVO-Pflege)

**Name, Vorname:**

Gesundheits- und Kranken-/Kinderkrankenpfleger ja ( ) nein ( )

Abgeschlossene Aus- oder Weiterbildung zur Unterrichtserteilung  
oder vergleichbare berufspädagogische Hochschulqualifikation

ja ( ) nein ( )

Vollzeit/Teilzeit

Stellenanteil in % ( )

- Berufserlaubnis, Hochschulabschluss, Weiterbildungs- und/oder Tätigkeitsnachweise,  
Arbeitsvertrag bitte beilegen -

(Anlagemuster)

Anlage 1

**Stellvertretende Leitung der Weiterbildungsstätte**

**Name, Vorname:**

Gesundheits- und Kranken-/Kinderkrankenpfleger ja ( ) nein ( )

Abgeschlossene Aus- oder Weiterbildung zur Unterrichtserteilung  
oder vergleichbare berufspädagogische Hochschulqualifikation

ja ( ) nein ( )

Vollzeit/Teilzeit Stellenanteil in % ( )

**- Berufserlaubnis, Hochschulabschluss, Weiterbildungs- und/oder Tätigkeitsnachweise,  
Arbeitsvertrag bitte beilegen -**

(Anlagemuster)

Anlage 2

## **Hauptberufliche Lehrkräfte für den theoretischen Unterricht**

§ 34 Nr. 3 WBVO-Pflege

**Anzahl der Lehrkräfte** (je 1 Lehrkraft für max. 30 Teilnehmende) ( )

### **1. Name, Vorname:**

Gesundheits- und Kranken-/Kinderkrankenpfleger mit Qualifikation  
als Fachgesundheits- und Kranken-/Kinderkrankenpflege für psychiatrische Pflege

ja ( ) nein ( )

Abgeschlossene Aus- oder Weiterbildung zur Unterrichtserteilung  
oder vergleichbare berufspädagogische Hochschulqualifikation

ja ( ) nein ( )

Vollzeit/Teilzeit Stellenanteil in % ( )

### **2. Name, Vorname:**

Gesundheits- und Kranken-/Kinderkrankenpfleger mit Qualifikation  
als Fachgesundheits- und Kranken-/Kinderkrankenpflege für psychiatrische Pflege

ja ( ) nein ( )

Abgeschlossene Aus- oder Weiterbildung zur Unterrichtserteilung  
oder vergleichbare berufspädagogische Hochschulqualifikation

ja ( ) nein ( )

Vollzeit/Teilzeit Stellenanteil in % ( )

**- Berufserlaubnisse, Hochschulabschlüsse, Weiterbildungs- und/oder Tätigkeitsnachweise,  
Arbeitsverträge bitte beilegen -**

(Anlagemuster)

Anlage

**Ggf. weitere Lehrkräfte**

- Liste ist als Anlage beigefügt - ( )

### **Nebenberufliche Lehrkräfte für den theoretischen Unterricht**

§ 34 Nr. 4 WBVO-Pflege

**Anzahl der Lehrkräfte** ( )

- Liste mit Namen, Qualifikationen und zu erteilendem Unterricht  
ist beigefügt - ( )

### **Praxisanleiter/innen** (§ 34 Nr. 5 WBVO-Pflege)

- Liste mit Namen , Qualifikationen je Verbundkrankenhaus ist beigefügt - ( )

## **Organisation des Lehrbetriebs**

(§§ 34, 35, 36 WBVO-Pflege)

### **Lehrgangsplanung einschließlich praktischer Weiterbildung**

Jeweils zusätzlich Übersichten beigefügt ( )

#### **Modulprüfungen:**

**Geplante Prüfungsform**

- Übersicht ist beigefügt - ( )

**Umgang mit Nichtbestehen der Modulprüfungen**

- Beschreibung beigefügt - ( )

## **Räumliche Ausstattung der Weiterbildungsstätte**

(§ 34 Nr. 8 WBVO-Pflege)

Anzahl der **Klassenräume** (Je 1 Raum für bis zu 30 SchülerInnen): ( )

Größen: qm

Möblierung, Ausstattung:

Anzahl der **Lehrerzimmer:** ( )

Größen: qm

Möblierung, Ausstattung:

## Sekretariat

SchulsekretärIn:

Vollzeit: ( )

Teilzeit mit ( ) Wochenstunden

Eigener Raum: ja ( ) nein ( )

Größe: qm

## Möblierung, Ausstattung:

Gruppenräume ( )

Demonstrationsräume( )

Aufenthaltsraum ( )

Sozialraum ( )

Bibliothek ( )

Medienraum ( )

Archiv/Lagerraum ( )

Putzmittelraum ( )

Anzahl der Personal-Toilettenräume (geschlechtsgetrennt) ( )

Anzahl der Schüler-Toilettenräume (geschlechtsgetrennt) ( )

(Anlagemuster)

Anlage

## Sächliche Ausstattung der Weiterbildungsstätte

EDV-Anlage ( ) mit Internet-Zugang ( )

Fotokopierer ( )

Overheadprojektor ( )

Beamer ( )

Videoanlage mit Kamera ( )

Diaprojektor ( )

Sonstiges

Unterrichtsmaterial, Anschauungsmaterial

Lehrbücher, Zeitschriften, Nachschlagewerke ( )

Skelette und anatomische Modelle ( )

Wandtafeln, Dias, Unterrichtssoftware, ( )

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

Leitung der Weiterbildungsstätte

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

Für den Träger der Weiterbildungsstätte

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

**Begehung durch Bezirksregierung am:**

**Leitung der Weiterbildungsstätte**

**Berufserlaubnis**  
(amtlich beglaubigt)

**Einschlägiger pädagogischer Hochschulabschluss**  
(amtlich beglaubigt)

**Weiterbildungs- u. Tätigkeitsnachweise**

**Arbeitsvertrag**

**Bitte beilegen!**

**Stellvertretende Leitung der Weiterbildungsstätte**

**Berufserlaubnis**

(amtlich beglaubigt)

**Einschlägiger pädagogischer Hochschulabschluss**

(amtlich beglaubigt)

**Weiterbildungs- u. Tätigkeitsnachweise**

**Arbeitsvertrag**

**Bitte beilegen!**



## Hauptberufliche Lehrkräfte für die theoretische Weiterbildung

Name Vorname	Berufsbezeichnung Fachweiterbildung	Pädagogische Qualifikation

### **Berufserlaubnisse**

(amtlich beglaubigt)

### **Einschlägiger pädagogischer Hochschulabschluss**

(amtlich beglaubigt)

### **Weiterbildungs- und/oder Tätigkeitsnachweise**

### **Arbeitsverträge**

**Bitte beilegen!**

**Praxisanleiter/innen**

<b>Name Vorname</b>	<b>Fachweiterbildung</b>	<b>Verbundkrankenhaus Abteilung/Station</b>

**Anzahl**

## Übersichtspläne für die praktische Weiterbildung

(§ 35 WBVO-Pflege)

Einsatzbereich	PraxisanleiterIn	Stundenzahl à 60 Min.

**Bitte Schüler-Rotationsplan für Praktika beilegen!**

### Patientennachweis

(§ 34 Nr. 6 WBVO-Pflege)

**Raumpläne (1:100)**

**mit genauer Raumfunktionsbezeichnung**

**bitte beifügen!**