

## Informationen zur Anerkennung von Studienleistungen des Bachelor-Studienganges Gesundheit und Pflege (Wahlpflichtbereich Pädagogik) zum Führen der Fort-/Weiterbildungsbezeichnung „Praxisanleiter\*in“ in Hessen

Pflegefachmann/Pflegefachfrau, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger\*in, Altenpfleger\*in, Hebamme

---

### Informationen für Studierende

Mit dem erfolgreichen Abschluss Ihres Bachelorstudiums Gesundheit und Pflege an der Katholischen Hochschule Mainz (Wahlpflichtbereich Pädagogik) erfüllen Sie die Voraussetzung einer mindestens 300 Stunden umfassenden berufspädagogischen Fort-/Weiterbildung gemäß §4 Abs. 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV), **sofern Sie entweder im Rahmen des Studiums oder darüber hinaus eine mindestens 24 Stunden umfassende Hospitation bei einem/einer Praxisanleiter\*in absolviert haben.**<sup>1</sup>

**Für den Nachweis Ihrer Hospitation während Ihres Studiums füllen Sie bitte das Formular aus und lassen Sie dieses im Anschluss der Hospitation von den genannten Personen bescheinigen.**

Nach Abschluss Ihres Studiums können Sie beim [Hessischen Landesamt für Pflege und Gesundheit](#) Sitz Darmstadt den Antrag auf Anerkennung stellen. Hierfür benötigen Sie Ihre Berufsurkunde, die Bachelorurkunde, das Bachelorzeugnis und Ihren Nachweis der Hospitationen.

**Bei weiteren Fragen können Sie sich gerne an uns wenden:**

Studienberatung/Praxisreferat Gesundheit und Pflege: [Praxisreferat.gp@kh-mz.de](mailto:Praxisreferat.gp@kh-mz.de)

Sabine Diefenbach, Dipl.-Pflegepädagogin (FH)  
Raum 2010a, Tel +49 (0)6131/28944-231

Dörthe Höhle, M.A.  
Raum 2010b, Tel +49 (0)6131/ 28944-232

Maren Ohlde, M.A.  
Raum 2010b, Tel +49 (0)6131/ 28944-233

---

<sup>1</sup> Informationen des Regierungspräsidiums Darmstadt Stand Oktober 2021

**Formular zur Anerkennung von Hospitationsleistungen während des Bachelor-Studienganges Gesundheit und Pflege (Wahlpflichtbereich Pädagogik) zum Führen der Fort-/Weiterbildungsbezeichnung „Praxisanleiter\*in“ in Hessen**

Pflegefachfrau/Pflegefachmann, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger\*in,  
Altenpfleger\*in und Hebamme

Die/der Studierende Frau/Herr \_\_\_\_\_

hat in unserer Einrichtung **eine 24 Stunden umfassende Hospitation bei einem/einer Praxisanleiter\*in** gemäß §4 Abs. 3 (PflAPrV) absolviert.

**Zeitraum der Hospitation:** vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Name des/der Praxisanleiter\*in**

Frau/Herr \_\_\_\_\_

**Angaben zur Hospitationseinrichtung:**

\_\_\_\_\_  
Name der Institution, Abteilung oder Bereich

\_\_\_\_\_  
Anschrift: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praxisanleiter\*in

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Studierende/r