

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.**¹

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 Regierungspräsidium 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

Sabine Diefenbach, Dipl.-Pflegepädagogin
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

¹ 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