Name / Vorname:       Kandidatennummer:

Betrieb:

|  |
| --- |
| Die Kandidatin/der Kandidat fühlt sich in der Lage die Prüfung zu absolvieren □ ja □ neinUnterschrift Kandidatin / Kandidat:  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zeit****von bis** | **Nummer der Handlungskompetenz** | **Aufgabenstellung (von der vorgesetzten Fachkraft ausgefüllt)** |
| **7.10** | **Prüfungsbeginn** |
| 7.10 – 7.50 | 1.3 | Beine waschen und Intimpflege im Bett, Unterstützung am Lavabo bei Frau X.Y.Klientin hört schlechtDie Handlungskompetenz „Mobilisation“ ans Lavabo wird nicht beurteilt, nur die Querschnittskompetenzen |
| 7.50 – 8.05 | 1.1 | Unterstützen beim Ankleiden bei Herr R.M.Beratung bei der Auswahl der neuen Kleider für den Tag |
| 8.05 – 8.25 | 2.5 | Morgenessen vorbereiten bei Frau R.B.Ihre rechte Seite, Arm und Bein, ist gelähmt |
| 8.25 – 8.40 |  | Pause (keine Prüfungszeit) |
| 8.40 – 9.10 | 5.3 | Reinigung und Kontrolle eines Rollstuhls |

Name / Vorname: Kandidatennummer:

Betrieb:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zeit****von bis** | **Nummer der Handlungskompetenz** | **Aufgabenstellung (von der vorgesetzten Fachkraft ausgefüllt)** |
| 9.10 – 9.30 | 2.3 | Herr R.V. zum Coiffeur begleitenKlient braucht einen Gehstock |
| 9.30 – 10.00 | 3.2 | Blumenpflege, Topfpflanzen und Schnittblumen, mit Frau V.M.Klientin ist vergesslich |
| **10.00** | **Prüfungsende** |

Unterschriften:

Kandidatin / Kandidat: vorgesetzte Fachkraft:

Expertin / Experte 1: Datum: