

## **Anmeldung BBS Marienhain - Berufsfachschule für Pflege**

### **Ausbildung: Pflegefachfrau / Pflegefachmann / Pflegefachperson**

#### **1. Persönliche Daten**

Name:	
Vorname:	
m / w / d :	
ggfs. Geburtsname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Geburtsland:	
Staatsangehörigkeit:	

#### **2. Wohnort und Kontakt**

Straße + Hausnummer:	
Postleitzahl + Wohnort:	
Telefonnummer:	
Religion / Konfession:	
Familienstand:	
Führerschein (j/n):	
PKW (j/n):	
Email-Adresse:	

#### **3. Pflegeerfahrung**

Haben Sie bereits Erfahrungen in der Pflege (z.B. Praktikum, Ausbildung, Aushilfe)?      j/n
Falls ja, wo haben Sie diese Erfahrungen gemacht?

#### 4. Bewerbungssituation

Haben Sie sich bereits in einer Pflegeeinrichtung (Altenheim, ambulanter Pflegedienst, Krankenhaus etc.) um einen Ausbildungsplatz beworben? Falls ja, hier bitte eintragen, bei welchen Einrichtungen:

Falls Sie bereits eine Zusage für einen Ausbildungsplatz haben, dann hier bitte eintragen, in welcher Einrichtung:

#### 5. Folgende Dokumente müssen ebenfalls eingereicht werden:

- Zeugnis höchster Schulabschluss
- Weitere Zeugnisse besuchter Schulen, Ausbildungen, Hochschulen etc.
- Tabellarischer Lebenslauf
- Nachweis Gesundheitliche Eignung + Nachweis Masernschutzimpfung
- Erweitertes Polizeiliches Führungszeugnis

#### Bei Bewerbungen aus dem Ausland zusätzlich:

- Zertifikate der Sprachkurse (B1/B2/C1), Zeugnis-Übersetzung, Kopie vom Ausweis oder Reisepass, Kopie vom Impfpass (Masernschutzimpfung)

\_\_\_\_\_  
Ort + Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewerber/in

## Ärztliche Bescheinigung

Hiermit wird bestätigt, dass bei

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>ggfs. Geburtsname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Geburtsort:</b>	

aus ärztlicher Sicht physisch und psychisch zur Ausübung der Ausbildung im Gesundheitsfachberuf „**Pflegefachfrau / Pflegefachmann / Pflegefachperson**“ keine Bedenken bestehen.

**Ort + Datum:** \_\_\_\_\_

**Name (Druckschrift) des ausstellenden Arztes:** \_\_\_\_\_

**Stempel + Unterschrift**

**des ausstellenden Arztes:**

\_\_\_\_\_

## Bescheinigung über den erbrachten Nachweis des Masernschutzes

Gemäß Masernschutzgesetz wird der bereits erfolgte Nachweis der Masernimmunität bestätigt.  
Bei

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>ggfs. Geburtsname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Geburtsort:</b>	

liegt folgender Masernschutz vor:

Vollständig geimpft

Person > 1 Jahr: 1. Masern-Impfung. Nächster Impftermin ab \_\_\_\_\_

Personen, die nach 1970 geboren sind und >2 Jahre: 2 Masern-Impfungen

Ärztlich bestätigter Nachweis einer Masern-Immunität (durch Bluttest, sog. Titerbestimmung)

Ärztlich bestätigte medizinische Kontraindikation für Masern-Schutzimpfung

**Stempel + Unterschrift**

**des ausstellenden Arztes:**

\_\_\_\_\_