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)** |
| **7.30** | **Prüfungsbeginn** |
| 7.30 – 8.30 | 1.3 | Ganzkörperpflege bei Frau Y.X. Sie ist bettlägerig und kann sich fast nicht mehr selber bewegen. |
| 7.30 – 8.30 | 1.6 | Blutdruck, Puls und Temperatur messen bei Frau Y.X. |
| 8.30 – 9.10 | 2.4 | Unterstützen beim Frühstück Hr. V.B. Er hat eine Schwäche in den Armen. |
| 9.10 – 9.25 | 5.3 | Reinigung und Kontrolle eines Rollators |
|  9.25 – 9.3510.20 – 10.30 | 2.3 | Begleitet Frau U.Z. zur Morgenaktivität (10 Min.)Holt sie nach 45 Minuten wieder ab und begleitet sie ins Zimmer. (10 Min.).Frau U.Z. ist am Rollator mobil und braucht Unterstützung um den Weg zu finden. |

Unterschriften

Kandidatin / Kandidat: vorgesetzte Fachkraft:

Expertin / Experte 1: Datum:

Name / Vorname: Kandidatennummer:

Betrieb:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zeit****von bis** | **Nummer der Handlungskompetenz** | **Aufgabenstellung (von der vorgesetzten Fachkraft ausgefüllt)** |
| 9.35 – 10.20 | 3.2 | Mit Frau H.K. Kleiderschrank ausräumen, Kleidung sortieren, Kleiderschrank putzen und Kleider wieder einräumen.Klientin ist vergesslich. |
|  |  | Pause im Anschluss an die Prüfung. |
| **10.45** | **Prüfungsende** |

Unterschriften:

Kandidatin / Kandidat: vorgesetzte Fachkraft:

Expertin / Experte 1: Datum: