**BILDUNGSBERICHT**

1 2 3 4 5 6

Semester

|  |
| --- |
| **Lehrbetrieb** |
|  |
| **Lernende Person: Fachfrau/Fachmann Gesundheit** |
|  |
| **Bildungsverantwortliche Person** |
|  |

**1. Kompetenznachweis ausgeführt Kommentar**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A B C D | Kompetenznachweise  nach Prüfplan |  |

**Beurteilung** **[ A ]** sehr gut **[ B ]** gut **[ C ]** genügend **[ D ]** ungenügend

Beurteilungsmerkmale Beurteilung Ergänzungen

**2. Leistungen betriebliche Praxis Kenntnisse – Fertigkeiten - Haltungen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A B C D | A B C D  Gesamteinschätzung zu  Entwicklungsstand betreffend  der zu erreichenden Kompetenzen |  |

**3. Lerndokumentation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3.1 A B C D | A B C D  Richtigkeit/Vollständigkeit |  |
| 3.2 | Sauberkeit/Darstellung/ A B C D  Übersichtlichkeit  RMCHECKBOX |  |

**4. Berufsfachschule, Überbetriebliche Kurse**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4.1 A B C D | Semesterzeugnis |  |
| 4.2 | Überbetriebliche Kurse ÜK |  |
| 4.3 | Freikurse, Stützkurse |  |

**5. Fördermassnahmen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5.1 A B C D** | Massnahmen zur Förderung der Kompetenzerreichung und/oder Verringerung von Leistungsdefiziten, Überwinden von Lernschwierigkeiten |  |

**6. Beurteilen der Ausbildung durch die lernende Person**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.1** | **Erhaltene betriebliche Ausbildung** | | | | |
| A B C D |  | **A** | **B** | **C** | **D** |
|  | Fachliche Ausbildung |  |  |  |  |
|  | Betriebsklima |  |  |  |  |
|  | Persönliche Förderung |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Begründungen und Ergänzungen** |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.2** | **Betreuung durch die Berufsbildnerin oder den Berufsbildner** | | | | |
| A B C D |  | **A** | **B** | **C** | **D** |
|  | Persönliche Förderung |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Begründungen und Ergänzungen** |
|  |  |

**7. Diverse**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**8. Datum / Unterschriften**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dieser Bildungsbericht wurde am |  | besprochen |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unterschrift der verantwortlichen Berufsbildnerin/  des verantwortlichen Berufsbildners: |  | Unterschrift der lernenden Person: |
| Visum des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin: | | |
| Datum: |  | Unterschrift: |

Auf Verlangen ist der Bildungsbericht der kantonalen Behörde vorzuweisen.