



Berufliche Schule Burgstrasse
Burgstrasse 33
20535 Hamburg

Anschrift Schule

Anschrift Pflegeeinrichtung

Praxisbegleitung in der Pflegeausbildung

Einverständniserklärung

Ich _____ erkläre mich damit einverstanden,
(Vor- und Nachname der zu pflegenden Person)

dass die/ der Auszubildende im Rahmen der Ausbildung eine Pflegehandlung an mir durchführt. Die Pflegehandlung wird von einer Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung und einer Lehrkraft der Pflegeschule beaufsichtigt. Die Pflegehandlung kann auch in meinem privaten Räumen stattfinden.

Die Pflegefachkraft hat mich über die geplante Pflegehandlung aufgeklärt. Es werden dabei nur Pflegemaßnahmen an mir vorgenommen, die notwendig bzw. ärztlich angeordnet sind. Ich kann diese Einwilligung jederzeit zurücknehmen.

Hamburg, _____
Ort und Datum

Unterschrift der zu pflegenden Person

Praxisbegleitung in der Pflegeausbildung

Bestätigung des Einverständnisses der zu pflegenden Person durch Pflegefachkraft und Angehörige

Diese Bestätigung nur nutzen für zu pflegende Personen, die zwar **einwilligungsfähig** sind,
jedoch eine Einwilligung aufgrund von Erkrankungen **nicht unterschreiben** können.

Die Pflegefachkraft hat Frau/ Herrn _____ ausführlich Vor- und
Nachname der zu pflegenden Person

darüber aufgeklärt, dass eine Auszubildende/ ein Auszubildender im Rahmen der Ausbildung eine Pflegehandlung bei ihr durchführt. Die zu pflegende Person ist damit einverstanden, dass die Pflegehandlung von einer Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung und einer Lehrkraft der Pflegeschule beaufsichtigt wird und dass die Pflegehandlung auch in ihren privaten Räumen stattfinden kann.

Es ist ihr/ ihm bekannt, dass dabei nur Pflegemaßnahmen an ihr/ ihm vorgenommen werden, die notwendig bzw. ärztlich angeordnet sind. Der zu pflegenden Person ist bewusst, dass sie/ er die Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Das Einverständnis bestätigen zuständige Pflegefachkraft und Angehörige, ggf. weitere Pflegefachkraft:

Hamburg, _____
Ort und Datum

Hamburg, _____
Ort und Datum

Unterschrift zuständige Pflegefachkraft

Unterschrift Angehörige/ Angehöriger
ggf. Unterschrift Pflegefachkraft,
falls Angehörige nicht verfügbar