



# Praxisanleiter/in für Gesundheitsfachberufe

## Informationen zum Kurs 2024

**„Nichts in der Geschichte des Lebens ist beständiger als der Wandel“**

Charles Darwin

Sehr geehrte Kooperationspartner.

Als Bildungsträger haben wir mit Ihnen zusammen erfolgreich die ersten Schritte in der Umsetzung des PfIBG und der neuen Ausbildung gemacht und freuen uns nun sehr, Ihnen zukünftig auch als Partner für die Weiterbildung Ihrer Mitarbeiter/innen zur Seite zu stehen.

Um die Kompetenzen in Ihren Teams weiter zu stärken, starten wir am 15.01.2024 eine trägerübergreifende Weiterbildung zum/zur Praxisanleiter/in für Gesundheitsfachberufe. Die gesetzlich geforderten 300 Stunden werden in Blockwochen aufgeteilt. Die Unterrichte finden stets in der Zeit von 8:00 bis 15:15 Uhr, in der Pflegeschule des DRK, Vaubanstraße 25 in 66740 Saarlouis statt.

Die Kosten belaufen sich auf 1700,- € und können auf Wunsch in drei Teilbeiträgen gezahlt werden.

Folgende Termine sind geplant:

Block 1: 15.01.2024 – 19.01.2024	Hospitationszeitraum (24 Stunden): 22.04.2024 – 31.05.2024  Schriftliche Prüfung: 07.10.2024  Praktische/ Mündliche Prüfung: 09. + 10.10.2024  Abschluss: Ende Oktober 2024 (der genaue Termin wird rechtzeitig mitgeteilt)
Block 2: 19.02.2024 – 23.02.2024	
Block 3: 18.03.2024 – 22.03.2024	
Block 4: 15.04.2024 – 19.04.2024	
Block 5: 03.06.2024 – 07.06.2024	
Block 6: 08.07.2024 – 12.07.2024	
Block 7: 26.08.2024 – 30.08.2024	
Block 8: 09.09.2024 – 13.09.2024	

Für die Anmeldung nutzen Sie bitte das folgende Formular. Senden Sie dieses ausgefüllt zurück.

Mail: [anna.gaedicke@drk-kliniken-saar.de](mailto:anna.gaedicke@drk-kliniken-saar.de)/ Fax: 06831 171-422/ Post: an die oben genannte Adresse.

**Wir freuen uns auf Sie!**



## Ich habe Interesse am Weiterbildungskurs:

### PraxisanleiterIn für Gesundheitsfachberufe

#### Persönliche Daten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Qualifikation: \_\_\_\_\_

Die Kosten des Kurses werden entrichtet...: (zutreffendes bitte ankreuzen)

...in Teilbeträgen  ...als Gesamtbetrag

...von mir selbst

...von meinem Arbeitgeber

Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Stempel, Unterschrift: \_\_\_\_\_

...der Agentur für Arbeit

Zuständige Agentur: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift