

Deckblatt

Vorname:	Max
Nachname:	Mustermann
Adresse:	
Ausbildungsberuf:	Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r
Fachrichtung/Schwerpunkt:	
Ausbildungsbetrieb:	
Verantwortliche/r Ausbilder/in:	
Beginn der Ausbildung:	01.08.2022
Ende der Ausbildung:	31.07.2026

Hinweise:

1. Der ordnungsgemäß geführte Ausbildungsnachweis ist Zulassungsvoraussetzung zur Abschlussprüfung gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 BBiG.
2. Für das Anfertigen des Ausbildungsnachweises gelten folgende Anforderungen:
 - Der Ausbildungsnachweis ist täglich in möglichst einfacher Form (stichwortartige Angaben, ggf. Loseblattsystem, schriftlich oder elektronisch) von Auszubildenden selbständig zu führen sowie abzuzeichnen.
 - Jedes Blatt des Ausbildungsnachweises ist mit dem Namen des/der Auszubildenden, dem Ausbildungsjahr und dem Berichtszeitraum zu versehen.
 - Der Ausbildungsnachweis muss mindestens stichwortartig den Inhalt der betrieblichen Ausbildung wiedergeben. Dabei sind betriebliche Tätigkeiten einerseits sowie Unterweisungen, betrieblicher Unterricht und sonstige Schulungen andererseits zu dokumentieren.
 - In den Ausbildungsnachweis müssen darüber hinaus die Themen des Berufsschulunterrichts aufgenommen werden.
 - Die zeitliche Dauer der einzelnen Tätigkeiten sollte aus dem Ausbildungsnachweis hervorgehen.
3. Auszubildende oder Ausbilder/innen prüfen die Eintragungen in den Ausbildungsnachweisen mindestens monatlich (§ 14 Abs. 1 Nr. 4 BBiG). Sie bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit der Eintragungen mit Datum und Unterschrift. Elektronisch erstellte Nachweise sind dazu monatlich auszudrucken oder es ist durch eine elektronische Signatur sicherzustellen, dass die Nachweise in den vorgegebenen Zeitabständen erstellt und abgezeichnet wurden. Sie tragen dafür Sorge, dass bei minderjährigen Auszubildenden ein/e gesetzliche/r Vertreter/in in angemessenen Zeitabständen von den Ausbildungsnachweisen Kenntnis erhält und diese unterschriftlich bestätigt.
4. Bei Bedarf können weitere an der Ausbildung Beteiligte, z. B. die Berufsschule, vom Ausbildungsnachweis Kenntnis nehmen und dies unterschriftlich bestätigen.

Name des/der Auszubildenden:	Mustermann, Max		
Ausbildungsjahr:	1	Ggf. ausbildende Abteilung:	
Ausbildungswoche vom:	01.08.2022	bis:	07.08.2022

Betriebliche Tätigkeiten
<ul style="list-style-type: none"> • Patientenakten bereitgestellt • Röntgenaufnahmen einzelner Zähne unter Beachtung der Strahlenschutzvorschriften angefertigt • Instrumente bestellt • Terminkalender und Bestellbücher geführt • Arbeitsabläufe in der Praxis organisiert • Patienten über Versiegelungen beraten • Nahtmaterial für die Behandlung zurechtgelegt • Kostenpläne nach Angaben des Zahnarztes ausgefüllt
Unterweisungen, betrieblicher Unterricht, sonstige Schulungen
Gelernt, wie man bei der Behandlung von Patienten assistiert.
Themen des Berufsschulunterrichts
<ul style="list-style-type: none"> • Wartungsvertrag • Nervus trigeminus • Berufsausbildungsvertrag • Grundlagen der vertrags- und privatärztlichen Abrechnung

Durch die nachfolgende Unterschrift wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen Angaben bestätigt.

Datum, Unterschrift Auszubildende/r

Datum, Unterschrift Ausbildende/r
oder Ausbilder/in

Name des/der Auszubildenden:	Mustermann, Max		
Ausbildungsjahr:	1	Ggf. ausbildende Abteilung:	
Ausbildungswoche vom:	08.08.2022	bis:	14.08.2022

Betriebliche Tätigkeiten
<ul style="list-style-type: none"> • mit Versicherungsträgern abgerechnet • Terminkalender und Bestellbücher geführt • Notfallsituation, bei Schock eines Patienten assistiert und Hilfe geleistet • Patienten empfangen • den Eingang von Privathonoraren überwacht • Patientenakten bereitgestellt • Nahtmaterial für die Behandlung zurechtgelegt • Füllungsmaterialien bereitgestellt
Unterweisungen, betrieblicher Unterricht, sonstige Schulungen
Gelernt, welche Hygienemaßnahmen durchgeführt werden müssen.
Themen des Berufsschulunterrichts
<ul style="list-style-type: none"> • Meldepflichtige Krankheiten • Nervus facialis • Kompetenzen • Versichertengruppen

Durch die nachfolgende Unterschrift wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen Angaben bestätigt.

Datum, Unterschrift Auszubildende/r

Datum, Unterschrift Auszubildende/r
oder Ausbilder/in

Name des/der Auszubildenden:	Mustermann, Max		
Ausbildungsjahr:	1	Ggf. ausbildende Abteilung:	
Ausbildungswoche vom:	15.08.2022	bis:	21.08.2022

Betriebliche Tätigkeiten
<ul style="list-style-type: none"> • Abformmaterialien bereitgestellt und anrührt • Patientenakte geführt • nach der Behandlung den Behandlungsplatz desinfiziert • Terminkalender und Bestellbücher geführt • Praxismaterial bestellt, wie z.B. Kunststoff, Instrumente, Röntgenfilme • Instrumente zugereicht • Maßnahmen zur Prophylaxe durchgeführt • Patienten betreut
Unterweisungen, betrieblicher Unterricht, sonstige Schulungen
Gelernt, wie man Röntgenaufnahmen macht.
Themen des Berufsschulunterrichts
<ul style="list-style-type: none"> • Berufsrelevante Infektionskrankheiten • Besondere Vereinbarungen mit Patienten • Formelle und informelle Organisation • Patientengruppen

Durch die nachfolgende Unterschrift wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen Angaben bestätigt.

Datum, Unterschrift Auszubildende/r

Datum, Unterschrift Ausbildende/r
oder Ausbilder/in

Name des/der Auszubildenden:	Mustermann, Max		
Ausbildungsjahr:	1	Ggf. ausbildende Abteilung:	
Ausbildungswoche vom:	22.08.2022	bis:	28.08.2022

Betriebliche Tätigkeiten
<ul style="list-style-type: none"> • nach der Behandlung den Behandlungsplatz aufgeräumt • Patientenakte überwacht • Privatrechnungen ausgestellt • Röntgenaufnahmen einzelner Zähne unter Beachtung der Strahlenschutzvorschriften angefertigt • Röntgenbilder entwickelt • Patienten über kostenpflichtige Zusatzleistungen beraten • nach der Behandlung den Behandlungsplatz gesäubert • Notfallsituation, bei Ohnmacht eines Patienten assistiert und Hilfe geleistet
Unterweisungen, betrieblicher Unterricht, sonstige Schulungen
Gelernt, wie die Möglichkeiten der Karies- und Parodontalprophylaxe aussehen.
Themen des Berufsschulunterrichts
<ul style="list-style-type: none"> • Hygienekette • Arten der Schmerzausschaltung • Sozialversicherung • Versichertengruppen

Durch die nachfolgende Unterschrift wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen Angaben bestätigt.

Datum, Unterschrift Auszubildende/r

Datum, Unterschrift Ausbildende/r
oder Ausbilder/in