**Leitfaden für die fachpraktische Ausbildung zum Dorfhelfer/**

**zur Dorfhelferin im Bereich Behindertenbetreuung**

Name:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fachpraktische Inhalte** | **In der Schule besprochen bzw. eingeübt** | **Im stationären oder ambulanten Bereich durchgeführt** |

**Menschen mit körperlicher oder geistiger Behinderung bei alltäglichen Verrichtungen anleiten und unterstützen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beim Aufstehen und zu Bett gehen unterstützen |  |  |
| Mit Rollstühlen umgehen |  |  |
| Zahnpflege |  |  |
| Prothesepflege |  |  |
| Haare kämmen/Frisur richten |  |  |
| Haare waschen |  |  |
| Rasieren |  |  |
| Nagelpflege |  |  |
| Hauptpflege |  |  |
| Wechseln von Inkontinenzmaterialien |  |  |
| Beim Ankleiden unterstützen |  |  |
| Beim Auskleiden unterstützen |  |  |
| Mahlzeiten anrichten |  |  |
| Beim Essen und Trinken unterstützen |  |  |
| Esshilfen einsetzen |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fachpraktische Inhalte** | **In der Schule besprochen bzw. eingeübt** | **Im stationären oder ambulanten Bereich durchgeführt** |

**Mit Kommunikationshilfen umgehen können**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hörgerät einsetzen |  |  |
| Mit Sehhilfen umgehen |  |  |
| Orientierungshilfen einsetzen |  |  |
| Auf Sprachbehinderungen eingehen können |  |  |
| Individuelle Verhaltensweisen als kommunikatives Mittel erfahren |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Vitalzeichenkontrolle durchführen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Temperatur messen |  |  |
| Puls und Blutdruck ermitteln |  |  |
| Flüssigkeitsbilanz: Ein- und -Ausfuhr festhalten |  |  |
| Ernährungszustand erfassen (wiegen)  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Sicherheit beim Umgang mit Medikamenten in der häuslichen Pflege erwerben**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Medikamente aufbewahren |  |  |
| Medikamente richten |  |  |
| Medikamente verabreichen:* Tabletten, Kapseln etc.oral/ sublingual
* Nasentropfen
* Ohrentropfen
* Augentropfen
* Pflaster
* Zäpfchen
 |  |  |
| Einreibungen durchführen |  |  |
| Medikamente besorgen |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fachpraktische Inhalte** | **In der Schule besprochen bzw. eingeübt** | **Im stationären oder ambulanten Bereich durchgeführt** |

**Betreuung und Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zu geeigneten Tätigkeiten anleiten, z. B.:* im Haushalt
* im Garten
* in der Landwirtschaft
 |  |  |
| Kommunikationshilfen einsetzen, z. B.:* .........................
* .........................
* .........................
 |  |  |
| Kreative Tätigkeiten anregen, z. B.:* malen
* basteln, werken
* singen, musizieren
* spielen
 |  |  |
| Therapiemöglichkeiten kennenlernen, z. B.:* .........................
* .........................
* .........................
 |  |  |
| In die Gestaltung familiärer und kirchlicher Fest- und Feiertage miteinbeziehen |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Briefkopf der Schule

**Protokoll zum Praktikumsverlauf im Bereich
Behindertenbetreuung**

**und Praxisstundennachweis**

.......................................................................................

**Name des Schülers/der Schülerin im Praktikum**

..................................................................... ..................................................................

Name und Anschrift der ausbildenden Einrichtung Einsatzbereich des Schülers/der Schülerin
(Stempel der Einrichtung) im Praktikum

.........................................................................

Name des Praxisanleiters/der Praxisanleiterin

Während des Einsatzes vom .................. bis ........................ war der Schüler/die Schülerin

im Praktikum ................... Tage im Einsatz. Tägliche Arbeitszeit waren ................... Stunden.

..................................................................... ..................................................................

Ort, Datum Unterschrift des Schülers/der Schülerin im Praktikum

..................................................................... ..................................................................

Ort, Datum Unterschrift Stationsleitung/ Wohnbereichsleitung/Einsatzleitung