



## Praxisanleiter (m/w/d)

Berufspädagogische Zusatzqualifikation



# Praxisanleiter (m/w/d)

## Berufspädagogische Zusatzqualifikation

Die Weiterbildung erfüllt die Voraussetzungen einer berufspädagogischen Zusatzqualifikation nach §4 Abs.3 PflAPrV und berechtigt zur Praxisanleitertätigkeit in der eigenen Einrichtung.

**Beginn:** 06.10.2025  
**Ende:** 29.06.2026  
**Dauer:** 300 Stunden inkl. Hospitation/ Praxistransfer  
**Form:** Berufsbegleitend in Unterrichtsblöcken  
Die Unterrichtszeiten sind jeweils von 09.00 – 16.00 Uhr

### Termine

06.10.2025 – 07.10.2025	Montag	bis	Dienstag	
03.11.2025 – 07.11.2025	Montag	bis	Freitag	
08.12.2025 – 12.12.2025	Montag	bis	Freitag	
05.01.2026 – 09.01.2026	Montag	bis	Freitag	
02.02.2026 – 04.02.2026	Montag	bis	Mittwoch	(Praxisphase 1)
05.02.2026 – 06.02.2026	Donnerstag	bis	Freitag	
09.03.2026 – 12.03.2026	Montag	bis	Donnerstag	
13.03.2026	Freitag			(Praxisphase 2)
20.04.2026 – 23.04.2026	Montag	bis	Donnerstag	
18.05.2026 – 20.05.2026	Montag	bis	Mittwoch	
08.06.2026 – 10.06.2026	Montag	bis	Mittwoch	
29.06.2026 – 30.06.2026	Montag	bis	Dienstag	

### Ihr Nutzen/ Ihr Vorteil

- Diese Weiterbildung befähigt dazu, Auszubildende, Pflegehilfskräfte und neue Mitarbeiter unter Einbeziehung pädagogischer und didaktischer Kompetenzen systematisch und fachkompetent zu begleiten und anzuleiten
- anteilig im Rahmen dieser Weiterbildung erbrachte Stunden können für die Weiterbildung „Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege“ für eine Verkürzung angerechnet werden. Wir beraten Sie gern.

### Zielgruppe

Pflegeschlüsselkräfte, die sich für die Anleitung von Auszubildenden und die Einarbeitung neuer Mitarbeiter qualifizieren möchten. Die Teilnahme setzt eine mindestens zweijährige Berufserfahrung sowie eine aktuelle Tätigkeit im Bereich der Pflege voraus.

## **Einzureichende Unterlagen**

- Lebenslauf
- Kopie der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung (Original muss dem Institut vorgelegt werden)
- Nachweis der aktuellen Tätigkeit und bisheriger Berufserfahrung (z.B. durch aktuelle Arbeitgeberbescheinigung)

## **Inhalte der Weiterbildung**

- Vorbereitung auf das berufspädagogische Handeln
- Pädagogische Grundlagen
- Der Anleitungsprozess
- Evaluation und Bewertung des Ausbildungserfolges
- Planung und Gestaltung betrieblicher Ausbildung
- Kommunikation und Gesprächsführung
- Hospitation/ Praxistransfer
- Rechtliche Rahmenbedingungen
- Organisatorische Rahmenbedingungen

## **Unterrichtsmaterial/ Lernplattform moodle**

Im Rahmen dieser Weiterbildung im ZAB profitieren Sie von der Möglichkeit der Nutzung einer digitalen Lernplattform. Die Seminarunterlagen werden über die Lernplattform moodle in **digitalisierter Form** zur Verfügung gestellt.

Als technische Voraussetzungen für Ihren PC oder Laptop genügt ein Internetzugang und das kostenfrei im Internet herunterladbare Programm „Adobe Acrobat Reader DC“ zum Anzeigen von PDF-Dokumenten.

Für den Zugang auf die Plattform benötigen Sie eine private E-Mail-Adresse, über die wir Ihnen die Anmeldedaten zum Lehrgangsbeginn zukommen lassen. Bitte berücksichtigen Sie dies beim Ausfüllen des Anmeldeformulars in dieser Broschüre.

## **Prüfungsmodalitäten**

- Planung/ Ausarbeitung einer geplanten Anleitung
- Durchführung einer praktischen Anleitung
- Abschlusskolloquium



## **Kosten und Zahlungsmodalitäten**

Die Gebühren für die Weiterbildung betragen 2.299,50 €.

Bei einmaliger Zahlung der Gesamtsumme gewähren wir Ihnen 5 % Skonto.

Bei Ratenzahlungen zahlen Sie 287,44 € monatlich von Oktober 2025 bis einschließlich Mai 2026 (8 Raten).

Die Rechnungsstellung erfolgt ab 4 Wochen vor Weiterbildungsbeginn.

## **Rücktritt**

Der Kunde kann jederzeit schriftlich vom Vertrag zurücktreten.

Nach Ablauf der Widerrufsfrist von 14 Tagen ist der Rücktritt gebührenpflichtig.

Erfolgt der Rücktritt bis 4 Wochen vor Beginn der Veranstaltung, sind 20% der Kursgebühren zu entrichten. Bei Unterschreitung der 4-Wochen-Frist werden bei Rücktritt 50% der Kursgebühren fällig. Die 50% Rücktrittsgebühren gelten im Rücktrittsfall auch, wenn zwischen Vertragsschluss und Kursbeginn weniger als 4 Wochen liegen. Für die Berechnung der Rücktrittsgebühren ist der Zugang der schriftlichen Rücktrittserklärung beim ZAB maßgeblich.

Bei Abbruch der Weiterbildung/ Nichtantritt sind die Gesamtkosten sofort fällig.

## **Kontakt**

ZAB  
Zentrum für Aus- und Weiterbildung  
in der Pflege  
Spichernstr.11c  
30161 Hannover  
info@zabhannover.de  
[www.zabhannover.de](http://www.zabhannover.de)

### ***Ihre Ansprechpartner:***

Seminarmanagement: Karin Recking  
Telefon: 0511/36736 1400  
Telefax: 0511/36736 99955  
info@zabhannover.de

Akademieleitung: Simone Scheidner  
Telefon: 0511/36736 1401  
simone.scheidner@zabhannover.de

**Weitere Informationen finden Sie auf unserer Webseite**

**[www.zabhannover.de](http://www.zabhannover.de)**



Um auf die jeweiligen Seiten zu gelangen, scannen Sie einfach den zutreffenden QR-Code mit Ihrem Smartphone.

**Anfahrtsbeschreibung**



**Fördermöglichkeiten**



**Allgemeine  
Geschäftsbedingungen (AGB)**





## Anmeldeformular

(per Post, per Fax an 0511 36736 99955 oder per Mail an [info@zabhannover.de](mailto:info@zabhannover.de))

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgender Weiterbildung an:

**Praxisanleiter (m/w/d) (Start: 06.10.2025)**

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

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon/ Fax

\_\_\_\_\_  
**E-Mail (zwingend erforderlich)**

\_\_\_\_\_  
Berufsbezeichnung

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) habe ich zur Kenntnis genommen.

**Zahlungsvariante:**  **Gesamtbetrag** (5 % Skonto)

**Ratenzahlung**

*Bei Inanspruchnahme von Fördermitteln entfällt die Skonto- & Ratenzahlungsmöglichkeit*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/in

**Kostenübernahme/ Rechnungsempfänger** *(bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen)*

Kostenübernahme durch den/die **Teilnehmer/in** (Rechnungsanschrift identisch s. o.)

Kostenübernahme durch **Arbeitgeber**: *Bitte klären Sie vorab, ob die Kosten vom Arbeitgeber übernommen werden. Spätere Rechnungsänderungen oder -korrekturen sind gebührenpflichtig!*

\_\_\_\_\_  
**Rechnungsadresse/ Kostenträger**

*(bitte auf korrekte Firmierung achten – ggf. abweichend von Einrichtungsadresse!)*

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Arbeitgebers (Straße, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner

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

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ansprechpartner

\_\_\_\_\_  
Stempel