



## 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:** 04.05.2026  
**Ende:** 29.01.2027  
**Dauer:** 300 Stunden inkl. Hospitation/ Praxistransfer  
**Form:** Berufsbegleitend in Unterrichtsblöcken  
Die Unterrichtszeiten sind jeweils von 09.00 – 16.00 Uhr

### Termine

04.05.2026 – 07.05.2026	Montag	bis	Donnerstag	
01.06.2026 – 04.06.2025	Montag	bis	Donnerstag	
23.06.2026 – 26.06.2026	Dienstag	bis	Freitag	
24.08.2026 – 28.08.2026	Montag	bis	Freitag	
14.09.2026 – 15.09.2026	Montag	bis	Dienstag	
16.09.2026 – 18.09.2026	Mittwoch	bis	Freitag	(Praxisphase 1)
05.10.2026 – 08.10.2026	Montag	bis	Donnerstag	
09.10.2026	Freitag			(Praxisphase 2)
04.11.2026 – 06.11.2026	Mittwoch	bis	Freitag	
02.12.2026 – 04.12.2026	Mittwoch	bis	Freitag	
11.01.2027 – 13.01.2027	Montag	bis	Mittwoch	
28.01.2027 – 29.01.2027	Donnerstag	bis	Freitag	(Prüfung)

### 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**

Bitte reichen Sie die nachstehend aufgeführten Dokumente bereits vorab per Mail als pdf-Datei ein. Bitte senden Sie jede Unterlage als einzelne Datei und benennen diese wie folgt: **Nachname\_Vorname\_Dateiname** (z.B. Lebenslauf).

- Lebenslauf
- Kopie der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung (Original muss dem Institut im Verlauf vorgelegt werden)
- Aktuelle Arbeitgeberbescheinigung (Nachweis der Beschäftigung)

## **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 Mai 2026 bis einschließlich Dezember 2026 (8 Raten).

Die Rechnungsstellung erfolgt 4 Wochen vor Weiterbildungsbeginn.

## **Rücktritt**

Der Kunde kann bis zum Veranstaltungsbeginn schriftlich vom Vertrag zurücktreten. Nach Ablauf der Widerrufsfrist von 14 Tagen ab Vertragsabschluss 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 Veranstaltung oder Nichtantritt sind die Gesamtkosten der Veranstaltung 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:***

Pädagogische Mitarbeiterin: Jana Thiele  
Telefon: 0511/3 67 36-1406  
Telefax: 0511/3 67 36-99955  
jana.thiele@zabhannover.de

Akademieleitung: Simone Scheidner  
Telefon: 0511/3 67 36-1401  
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: 04.05.2026)**

\_\_\_\_\_  
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