

## Betriebliches Zeugnis Einstiegsqualifizierung (EQ nach § 54 a SGBIII)

Teilnehmer/in der Einstiegsqualifizierung:

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

geboren am: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Er/Sie hat in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ an der

Einstiegsqualifizierung teilgenommen. Die Einstiegsqualifizierung ist dem anerkannten Ausbildungsberuf „**Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r**“ zuzuordnen.

Leistungsbeurteilung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Beurteilungskriterien** (bitte ankreuzen):

Kriterium	Wahrnehmung der Beobachtung				
	ausgeprägt erkennbar	gut erkennbar	ausreichend erkennbar	schwach erkennbar	nicht erkennbar
Persönliches Engagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahmebereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teamfähigkeit, Freundlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachliche Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Theoretische Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirtschaftlicher und umweltfreundlicher Umgang mit Materialien und Geräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsplatzvorbereitung, Hygiene und Sauberkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zielorientierte Arbeitstechnik und Arbeitsweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das Qualifizierungsziel ist erreicht, wenn mindestens vier der Beurteilungskriterien mit mindestens „ausreichend erkennbar“ bewertet werden.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber / Stempel

\_\_\_\_\_  
zu Qualifizierende/r  
(Erziehungsberechtigte/r)