

Schnupperlehrbericht

BEOBACHTEN – BEURTEILEN – BESPRECHEN

Name, Vorname Schnupperlehrling: Petrenko Yehor

Beruf: Dentalassistent

Schnupperlehre vom: 05.02.2024

bis: 06.02.2024

Schnupperlehrbetrieb: Zahnarztpraxis Dravec

Ort: 4665 Oftringen

Betreuer / Betreuerin: Dr. S. Dravec

E-Mail: sdravec@zahnarzt-dravec.ch

Telefon: 062 797 33 11

	sehr gut	gut	genügend	ungenügend
1. Was hatten Sie für einen ersten Eindruck? (äussere Erscheinung und Auftreten)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie erfasst und begreift er/sie die Aufgaben und Aufträge?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie packt er/sie die Aufgaben und Aufträge an?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie führt er/sie die Aufgaben und Aufträge durch?				
a) Sorgfalt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Arbeitstempo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fertigkeit und Handgeschick	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie sind Ordnung und Sauberkeit am Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sehr gut
gut
genügend
ungenügend

6. Wie schätzen Sie seine/ihre Persönlichkeit ein?

a) Benehmen, Betragen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kontaktfähigkeit, Offenheit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Umgang im Team, Hilfsbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Selbstsicherheit, Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Aufmerksamkeit und Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie ist sein/ihr Interesse am Beruf?

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

8. Wie schätzen Sie die Eignung für diesen Beruf ein?

a) Körperliche Eignung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Intellektuelle Eignung allgemein	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Eignung aufgrund der Sprachkenntnisse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Abschliessender Kommentar der Betreuerin/des Betreuers:

Haben Sie diesen Bericht mit dem/der Jugendlichen besprochen? ja ☐ nein ☒

Haben Sie dem/der Jugendlichen eine Praktikums- oder Lehrstelle angeboten? ja ☐ nein ☒

Ort, Datum: Oftringen 29.2.24 Stempel/Unterschrift: Zahnarztpraxis Dravec
Dr. med. dent. Stefan Dravec
Oberfeldstr. 24 A
4665 Oftringen
Tel. 062 797 33 11