**Coaching während einer Ausbildung**

1. Stammblatt
   1. Leistungserbringer

|  |  |
| --- | --- |
| **Leistungserbringer** |  |
| **Zuständige Person**  **Funktion** |  |
|  |  |

* 1. Versicherte Person

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name / Vorname** |  |  |
| **Versicherten-Nummer** | 756. | |
| **Mitteilungsnummer** |  | |

* 1. Zustellung des Berichts

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bericht zuhanden** |  | |
| **Zuständige Person**  **Funktion** |  | |
| **Berichtszeitraum** | von | bis |
| **Berichtsform** | --- Auswahl treffen --- | |

* 1. Semesterangabe bei Ausbildungsmassnahmen

|  |  |
| --- | --- |
| Aktuell: --- Auswahl treffen --- | von insgesamt: --- Auswahl treffen --- |

* 1. Leistungsübersicht Coaching

|  |
| --- |
| Die Leistungsübersicht über das Coaching ist bei Schlussberichten immer auszufüllen. Leistungsübersichten können von der EFP bei Bedarf auch als Bestandteil von Zwischenberichten angefordert werden. |

|  |  |
| --- | --- |
| Leistungsübersicht vorhanden: | --- Auswahl treffen --- |

* 1. Beilagen Ausbildungsverlauf

|  |  |
| --- | --- |
| **EFZ / EBA:** | Semesterzeugnis  Bildungsbericht  Beurteilung ÜK  Praktikumsbericht während Ausbildung in der Institution  Fähigkeitszeugnis/Berufsattest (Ende Ausbildung) |
| **PrA nach Insos:** | Schulischer Semesterbericht  Bildungsbericht  Praktikumsbericht während Ausbildung in der Institution  Kompetenznachweis nach Insos (Ende Ausbildung) |
| **IV-Anlehre:** | Schulischer Semesterbericht  Bildungsbericht  Abschlusszeugnis nach IV-Anlehre (Ende Ausbildung) |
| **Weitere Schul-, Studien- und Kursnachweise:** | |
|  | |
|  | |
|  | |

1. Verlauf und Zielerreichung
   1. Kurzbeschrieb Verlauf und aktuelle Situation

* 1. Ziel: Erfolgreicher Ausbildungsabschluss (auszufüllen während laufender Ausbildung)

|  |
| --- |
| Aussagen zur Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Abschlusses |
|  |
|  |
| Aussagen zu Faktoren, die den erfolgreichen Abschluss unterstützen |
|  |
|  |
| Aussagen zu Faktoren, die den erfolgreichen Abschluss gefährden |
|  |

* 1. Individuelle Zielerreichung (Anzahl nicht definiert)

|  |
| --- |
| **Ziel 1** |
|  |
| **Evaluation:** |
|  |
| **Ziel 2** |
|  |
| **Evaluation:** |
|  |
| **Ziel 3** |
|  |
| **Evaluation:** |
|  |
| **Ziel 4** |
|  |
| **Evaluation:** |
|  |
| **Ziel 5** |
|  |
| **Evaluation:** |
|  |

1. Praktische Leistungsbeurteilung
   1. Präsenzzeit während Berichtszeitraum

|  |  |
| --- | --- |
| **Betriebsübliche Arbeitszeit im Betrieb:**       h/Woche | Ergänzungen: |
| **Vereinbartes Pensum:**       % oder       h | Ergänzungen: |
| **Erreichtes Pensum:**       % oder       h | Ergänzungen: |
| **Entschuldigte Absenzen:** |  |
| Krankheit       % oder       h | Ergänzungen: |
| Unfall       % oder       h | Ergänzungen: |
| Weitere:       % oder       h |  |
| **Unentschuldigte Absenzen:** |  |
| % oder       h | Ergänzungen: |

1. Ergebnisse
   1. Schlussfolgerungen aus der Massnahme

| **Fragen:** | **Stellungnahme:** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Können Angaben zu den Ergebnissen gemacht werden? | Ja  Nein (bitte begründen und Tabelle leer lassen) | | | |
|  | Begründung: | | | |
| Vermittelbarkeit für den 1. Arbeitsmarkt vorhanden? | Ja  Nein (bitte begründen) | | | |
|  | Begründung: | | | |
| Welche Arbeitsbereiche sind geeignet? |  | | | |
| Welche Tätigkeiten sind geeignet? |  | | | |
| Bestehen Einschränkungen in Bezug auf das Arbeitsumfeld? | Ja (bitte begründen)  Nein | | | |
|  | Begründung: | | | |
| Welche Leistung kann in den geeigneten Arbeitsbereichen und Tätigkeiten erbracht werden? | Pensum:      % | | | |
| Hinweis zur Quantität 100% Quantität entspricht einer durchschnittlichen, normalen Leistungsfähigkeit. Somit kann die quantitative Leistung mehr als 100% betragen. | | | |
| Quantität:      % | | | |
| Qualität: --- Auswahl treffen --- | | | |
| **Bei Leistungsminderungen:** |  | | | |
| Sind diese mit gesundheitlichen Einschränkungen erklärbar? | Ja | Nein | | unklar |
|  | Begründung: | | | |
| Welcher marktübliche Bruttolohn könnte ohne Leistungsminderung erwirtschaftet werden? | Monatslohn: CHF       oder | | Quelle: | |
| Stundenlohn: CHF | |
| Welcher Leistungslohn kann in Berücksichtigung der gesundheitlichen Einschränkungen voraussichtlich erwirtschaftet werden? | Monatslohn: CHF       oder | |  | |
| Stundenlohn: CHF | | | |

1. Stellensuche
   1. Aktueller Stand Stellensuche

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fragen:** | **Stellungnahme:** | |
| Was wird gesucht? | Lehrstelle | Arbeitsstelle |
|  | keine Stellensuche |  |
| Liegt ein Angebot vor? | Ja  Nein  Wenn ja – Beschrieb des Angebots:    Startdatum angeben:  Wenn nein- Begründung: | |
| Name/Adresse Betrieb |  | |
| Zuständige Person |  | |
| Kontaktdaten der zuständigen Person |  | |

1. Weiteres Vorgehen
   1. Empfehlungen

|  |
| --- |
|  |

* 1. Weitere Planung

|  |
| --- |
|  |

1. Signatur

|  |  |
| --- | --- |
| Ort / Datum |  |
| Unterschrift zuständige Person(en) |  |