**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 Quantität100% 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 [ ]  NeinWenn 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) |       |