

Bielstrasse 102
4502 Solothurn
Telefon 032 627 28 76
qv.abmh@dbk.so.ch
lap.so.ch

Bericht Prüfungsbesuch

Bitte füllen Sie nur die für Ihre besuchte Prüfung relevanten Punkte aus.

Beruf: _____

Prüfungsort: _____ Datum: _____

Chefexperte/in: _____ Besuchszeit: _____

Prüfungsbesuch durch: _____

Anwesende ExpertInnen: _____

Anzahl KandidatInnen PA/IPA: _____ BK: _____ FZ: _____ VA: _____

Beginn der Prüfung

- | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|---|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| | gut | genügend | ungenügend | | gut | genügend | ungenügend |
| • Stand der Vorbereitung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Atmosphäre/Stimmung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Begrüssung/Instruktion der Kandidaten/innen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Hilfsmittel für Experten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zuweisung der Arbeitsplätze (Maschinen, Werkzeuge) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Ordnung Prüfungsraum, Garderobe, Arbeitsplatz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • pünktlicher Prüfungsbeginn | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein | • Anschrift ExpertInnen | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein |
| | | | | • Anschrift KandidatInnen mit Namen/Nummern | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein |

Prüfung in den praktischen Arbeiten (PA – IPA) - Dauer der Arbeitsprüfung ____ Stunden

- | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| | gut | genügend | ungenügend | | gut | genügend | ungenügend |
| • Eignung des Prüfungslokals | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Bewerten von Teilarbeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Einhalten Prüfungswegleitung | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein | • Verwenden der richtigen Notenwerte (6 – 1) | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein |
| • Einhalten Prüfungszeit | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein | • Bewerten der Leistungen in Worten | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein |
| • Überwachung der Kandidaten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| • sind Werkzeuge, Messgeräte, Maschinen vorhanden und i.O. | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein | | | | |

Aufgaben erarbeitet, bezogen durch: _____

Bemerkungen: _____

Berufskennnisse

Berufskennnisse schriftlich/programmiert - Dauer der Prüfung ____ Stunden

- | | | | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | gut | genügend | ungenügend | | gut | genügend | ungenügend |
| • Eignung des Prüfungslokals | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Bewertungsschlüssel vorhanden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Einhalten Prüfungszeit | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein | • Schriftliche Aufgaben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Programmierte Aufgaben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |

Aufgaben erarbeitet, bezogen durch: _____

Bemerkungen: _____

Bericht Prüfungsbesuch - Seite 2

Berufskennntnisse mündlich - Dauer der Prüfung ____ Stunden

- | | gut | genügend | ungenügend |
|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| • Eignung des Prüfungslokals | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Einhalten Prüfungszeit | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein |
| • Gesprächsführung nach festem Schema | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein |
| • Stichwortverzeichnis | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein |

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| • freies Fachgespräch | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Bewertung durch 2 ExpertInnen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Führen eines Protokolls | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Anschauungsmaterial | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Fragestellung

- | | gut | genügend | ungenügend |
|---|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| • Gespräch aufbauend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zeitlassen zum Antworten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • helfen, wenn Schwierigkeiten im sprachlichen Ausdruck | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein |
| • Wertäusserungen | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein |

- | | gut | genügend | ungenügend |
|--|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| • nur berufsrelevante Sachen fragen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Fangfragen | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein |
| • fühlt sich die Expertin als "König/in" | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein |

Bewertung

- | | gut | genügend | ungenügend |
|---|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| • Vorgehen bei der Bewertung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Einhalten der vorgeschriebenen Positionen und Unterpositionen | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein |

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| • Verwendung der richtigen Notenwerte (6 – 1) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Bewertung der Leistungen in Worten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bemerkungen: _____

Fachzeichnen - Dauer der Prüfung ____ Stunden

- | | gut | genügend | ungenügend |
|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| • Eignung des Prüfungslokals | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Einhalten Prüfungszeit | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein |

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bewertung durch FachlehrerIn | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bewertung durch ExpertIn | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bemerkungen: _____

Gesamteindruck der Prüfungen

Datum: _____

Unterschrift: _____

Visum Prüfungsleiter: _____

Bitte Prüfungsbericht senden an:

Amt für Berufsbildung, Mittel- und Hochschulen
Prüfungsleitung
Bielstrasse 102
4502 Solothurn