

Kreuzackerstrasse 1  
Postfach  
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 \_\_\_\_\_

### 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 Prüfungsorts                                 | <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 / anderer Qualifikationsbereich

#### schriftlich/programmiert - Dauer der Prüfung \_\_\_\_ Stunden

- |                            |                             |                          |                               |                                 |                          |                          |                          |
|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                            | gut                         | genügend                 | ungenügend                    |                                 | gut                      | genügend                 | ungenügend               |
| • Eignung des Prüfungsorts | <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

mündlich - Dauer der Prüfung \_\_\_\_ Stunden

- |                                       | gut                         | genügend                 | ungenügend                    |                                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| • Eignung des Prüfungslokals          | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | • freies Fachgespräch           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Einhalten Prüfungszeit              | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein | • Bewertung durch 2 ExpertInnen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Gesprächsführung nach festem Schema | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein | • Führen eines Protokolls       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Stichwortverzeichnis                | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein | • Anschauungsmaterial           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Fragestellung

- |   | gut                         | genügend                 | ungenügend                    |  | gut                         | genügend                 | ungenügend                    |
|---|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| • Gespräch aufbauend                                    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | • nur berufsrelevante Sachen fragen      | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| • Zeitlassen zum Antworten                              | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | • Fangfragen                             | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |
| • helfen, wenn Schwierigkeiten im sprachlichen Ausdruck | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein | • fühlt sich die Expertin als "König/in" | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |
| • Wertäusserungen                                       | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |  |                             |                          |                               |

Bewertung

- |   | gut                         | genügend                 | ungenügend                    |   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|---|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------|
| • Vorgehen bei der Bewertung                                    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | • Verwendung der richtigen Notenwerte (6 – 1) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Einhalten der vorgeschriebenen Positionen und Unterpositionen | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein | • Bewertung der Leistungen in Worten          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Anderer Qualifikationsbereich: \_\_\_\_\_ Dauer der Prüfung \_\_\_\_ Stunden

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

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Gesamteindruck der Prüfung**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Visum Prüfungsleiter: \_\_\_\_\_

**Bitte Prüfungsbericht senden an:**

Amt für Berufsbildung, Mittel- und Hochschulen  
Prüfungsleitung  
Kreuzackerstrasse 1  
Postfach  
4502 Solothurn