

Einsatz-Nr.: \_\_\_\_\_

Name der/des Auszubildenden: \_\_\_\_\_

<b>Zwischenprüfung</b>	
<b>Einrichtung</b>	
<b>Die Zwischenprüfung erfolgte am</b> _____	
<input type="checkbox"/> Träger der praktischen Ausbildung <input type="checkbox"/> Andere Einrichtung: _____	
<input type="checkbox"/> Stationäre Pflege <input type="checkbox"/> Akutpflege <input type="checkbox"/> Wohnbereich: _____ <input type="checkbox"/> Station: _____ Fachrichtung: _____	<input type="checkbox"/> Ambulante Pflege <input type="checkbox"/> Langzeitpflege
<b>Prüfungsinhalte des praktischen Teils der Zwischenprüfung</b>	
<b>Empfehlungen und Vereinbarungen für das letzte Drittel der praktischen Ausbildung.</b>	

Durch die nachfolgende Unterschrift wird die Teilnahme an der Zwischenprüfung und die Kenntnis der Vereinbarungen bestätigt.

**Lehrende/-r**

Datum / Unterschrift

\_\_\_\_\_

**Praxisanleiter/-in**

Datum / Unterschrift

\_\_\_\_\_

**Auszubildende/r**

Datum / Unterschrift

\_\_\_\_\_