

Einsatz-Nr.: _____

Name der/des Auszubildenden:

Einsatznachweis

Einrichtung
<input type="checkbox"/> Träger der praktischen Ausbildung <input type="checkbox"/> Andere Einrichtung: <input type="checkbox"/> Wohnbereich: _____ <input type="checkbox"/> Station: _____ Fachrichtung: _____
Einsatzform
<input type="checkbox"/> I Orientierungseinsatz II Pflichteinsatz <input type="checkbox"/> 1. Stationäre Akutpflege <input type="checkbox"/> 2. Stationäre Langzeitpflege <input type="checkbox"/> 3. Ambulante Akut-/Langzeitpflege <input type="checkbox"/> III Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung <input type="checkbox"/> IV Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung <input type="checkbox"/> V Vertiefungseinsatz im Bereich eines Pflichteinsatzes <input type="checkbox"/> VI Weiterer Einsatz / frei verteilte Stunden im Bereich des Vertiefungseinsatzes
Nachweis der praktischen Stunden¹
Praxiseinsatz vom _____ bis _____ Geplanter gesamter Stundenumfang: _____ Geleisteter gesamter Stundenumfang: _____ davon _____ Std. Urlaub _____ Std. krank _____ sonstige Std. Anzahl der geleisteten Praxisanleitungsstunden: _____ Datum / Unterschrift (Einrichtung): _____

Kenntnisnahme durch die/den Auszubildende/-n bzw. gesetzlicher Vertretung

Datum / Unterschrift _____

¹ Von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen.