

Einsatz-Nr.: _____

Name der/des Auszubildenden: «Name», «Vorname»

Einsatznachweis

Einrichtung		
<input type="checkbox"/> Träger der praktischen Ausbildung	Jeweils das richtige Feld ankreuzen, Andere Einrichtung: Name notieren	
<input type="checkbox"/> Andere Einrichtung:		
<input type="checkbox"/> Wohnbereich: _____	Ausfüllen in der stationäre Langzeitpflege	
<input type="checkbox"/> Station: _____	Ausfüllen in der stationären Akutpflege	
<input type="checkbox"/> Fachrichtung: _____		
Einsatzform		
<input type="checkbox"/> I Orientierungseinsatz		
<input type="checkbox"/> II Pflichteinsatz		
<input type="checkbox"/> 1. Stationäre Akutpflege	Bitte passendes Feld ankreuzen	
<input type="checkbox"/> 2. Stationäre Langzeitpflege		
<input type="checkbox"/> 3. Ambulante Akut-/Langzeitpflege		
<input type="checkbox"/> III Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung	Informationen zu Einsatznummer, Einsatzbezeichnung, Zeitraum und vorgesehene Stundenzahl befinden sich auf dem Ausbildungsplan „Übersicht der Praxiseinsätze“. Die Schule rechnet mit einer 40 Std. Woche.	
<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 V		
Nachweis der praktischen Stunden		
Praxiseinsatz vom _____ bis _____		
Geplanter gesamter Stundenumfang: _____		
Geleisteter gesamter Stundenumfang: _____		
_____ Std. Urlaub		
_____ Std. krank _____ sonstige Std.		
Anzahl der geleisteten Praxisableitungsstunden: _____	Der geleistete Stundenumfang sind Einsatzstunden lt. Dienstplan einschließlich der Urlaubsstunden. Krankheitsstunden sind von den Stunden, die in der Einrichtung geleistet werde sollten, abzuziehen.	
Datum / Unterschrift (Einrichtung): _____		

Beispiel: 20 Arbeitstage (154) d. 7,7 Stunden

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

Datum / Unterschrift _____

³ Von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen.

Fehlzeiten Einrichtung				
Praktischer Einsatz vom <u>1.2.2022</u> bis <u>28.2.2022</u>				
<input checked="" type="checkbox"/> Träger der praktischen Ausbildung <input type="checkbox"/> Andere Einrichtung (Stempel):				
<input type="checkbox"/> Stationäre Pflege <input type="checkbox"/> Ambulante Pflege <input type="checkbox"/> Akutpflege <input checked="" type="checkbox"/> Langzeitpflege <input type="checkbox"/> Wohnbereich: <u>K 3</u> <input type="checkbox"/> Station: _____ Fachrichtung: _____	<p>Der Fehlzeiten-Nachweis ist nötig, um unsere Dokumentation richtig zu führen. Wir benötigen die exakten Krankheitsdaten und -Stunden.</p>			
Fehlzeiten / Urlaub:				
An folgenden Tagen war der Schüler/die Schülerin nicht im Dienst:				
Datum von:	Datum bis:	Grund: s. Legende	Anzahl Fehlstunden (ohne Dienstfrei)	Bemerkung: z.B. unentschuldigtes Fehlen
<u>12.02.2022</u>	<u>13.02.2022</u>	<u>U</u>	<u>15,4</u>	
<u>16.02.2022</u>		<u>kA</u>	<u>7,7</u>	
<u>26.02.2022</u>		<u>k</u>	<u>7,7</u>	
Legende: k = krank, kA = mit Attest, KkA = Kind krank mit Attest, f = unentschuldigtes Fehlen, QU = Corona-Quarantäne; U = Urlaub (darf nicht im Pädiatrie- & Psychiatrisch Einsatz genommen werden) und muss auch aufgeführt werden (keine Fehlzeiten)				

Beispiel (Analog zum Stunden nachweis Master)

Praxisanleiter/-in Stempel

Datum / Unterschrift
