

Name der/des Auszubildenden _____

Einsatznachweis

| Einrichtung |
|--|
| <p>Einrichtung: (Stempel)</p> <p><input type="checkbox"/> Bereich: _____</p> <p>Fachrichtung: _____</p> |
| Einsatzform |
| <p><input type="checkbox"/> Orientierungseinsatz</p> <p><input type="checkbox"/> Pflichteinsatz Stationäre Akutpflege</p> <p><input type="checkbox"/> Pflichteinsatz Stationäre Langzeitpflege</p> <p><input type="checkbox"/> Pflichteinsatz Ambulante Akut-/Langzeitpflege</p> <p><input type="checkbox"/> Weiterer Einsatz in der Ausbildungseinrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung</p> <p><input type="checkbox"/> Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung</p> <p><input type="checkbox"/> Vertiefungseinsatz im Bereich eines Pflichteinsatzes</p> <p><input type="checkbox"/> Weiterer Einsatz / frei verteilte Stunden im Bereich des Vertiefungseinsatzes</p> |
| Nachweis der praktischen Stunden¹ |
| <p>Praxiseinsatz vom _____ bis _____</p> <p>Geplanter Stundenumfang: ____Std.</p> <p>Fehlstunden: _____</p> <p>Urlaubsstunden: _____</p> <p>Gesamtnote: _____</p> <p>Datum / Unterschrift (Einrichtung)</p> <p>_____</p> |

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

Datum / Unterschrift _____

Von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen.