

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

## Nachweis „Nachholstunden“

| <b>Einrichtung</b>   |
|--|
| <p>Einrichtung:<br/>(Stempel)</p> <p><input type="checkbox"/> Bereich: _____<br/>Fachrichtung: _____</p>   |
| <b>Einsatzform</b>   |
| <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> |
| <b>Nachweis der praktischen Stunden</b>  |
| <p>Nachholeinsatz vom _____ bis _____</p> <p>Geplanter Stundenumfang: _____ Std.</p> <p>Fehlstunden: _____</p> <p>Geleistete Stunden: _____</p> <p>Datum / Unterschrift (Einrichtung)</p> <p>_____</p>   |

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

Datum / Unterschrift \_\_\_\_\_