

Name der/des Auszubildenden _____

Pflegeschule Rauenstein

Übersicht der Praxiseinsätze

(über die gesamte Ausbildungszeit zu führen, zur Prüfungszulassung unterschreiben)

	Einsatzform Bezeichnung nach Anlage 7 PflAPrV									Einrichtung	Einsatzbereich (Fachrichtung, Station, Abteilung)	Zeitraum von – bis	Praxis- Stunden	Praxisanleiter- Stunden	Fehlzeiten in Stunden
Lfd. Nr.	I Orientierungs- einsatz	Pflichteinsätze					V Vertiefungs- einsatz	VI 1. weiterer Einsatz	VI 2. Stunden zur freien Verteilung						
		II 1. Stationäre Akutpflege	II 2. Stationäre Langzeitpflege	II 3. Ambulante Akut- /Langzeitpflege	III Pädiatrische Versorgung	IV Psychiatrische Versorgung									

Träger der praktischen Ausbildung

Datum / Unterschrift

Pflegeschule

Datum / Unterschrift

Auszubildende/r

Datum / Unterschrift
