

Lfd.-Nr.: ____ Name der/des Auszubildenden _____

Einsatznachweis

(im Abschlussgespräch auszufüllen)

Einrichtung

- ☐ Träger der praktischen Ausbildung
- ☐ Andere Einrichtung:

- ☐ Wohnbereich: _____
- ☐ Station/Abteilung: _____
- Fachrichtung: _____

Einsatzform

- ☐ I Orientierungseinsatz
- II Pflichteinsatz
 - ☐ 1. Stationäre Akutpflege
 - ☐ 2. Stationäre Langzeitpflege
 - ☐ 3. Ambulante Akut-/Langzeitpflege
- ☐ III Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung
- ☐ IV Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung
- ☐ V Vertiefungseinsatz
- ☐ VI Weiterer Einsatz / frei verteilte Stunden im Bereich des Vertiefungseinsatzes

Nachweis der praktischen Stunden

Praxiseinsatz vom _____ bis _____

Geplanter gesamter Stundenumfang: _____ (siehe Einsatzplan)

Geleisteter gesamter Stundenumfang: _____ (abzgl. Schultage/ Fehlzeiten)

Fehlzeiten in Stunden (nur Praxis): _____

Datum / Unterschrift (Einrichtung)

Kenntnisnahme durch die/den Auszubildende/-n

Datum / Unterschrift _____