

Einsatznachweis

Einrichtung	
☐	Träger der praktischen Ausbildung
☐	Andere Einrichtung:
☐	Wohnbereich: _____
☐	Station: _____
	Fachrichtung: _____
Einsatzform	
☐	Stationäre Akutpflege
☐	Stationäre Langzeitpflege
☐	Ambulante Versorgung-/ teilstationäre Pflege
☐	Vertiefungseinsatz im Bereich eines Pflichteinsatzes
Nachweis der praktischen Stunden von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen	
Praxiseinsatz vom _____ bis _____	
Geplanter gesamter Stundenumfang: _____	
Geleisteter gesamter Stundenumfang: _____	
Fehlzeiten innerhalb der geleisteten Stunden: _____ Std.	
Datum / Unterschrift (Einrichtung) / Stempel (Einrichtung) _____	

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

Datum / Unterschrift _____