

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

<b>Zwischenprüfung</b>
<b>Einrichtung</b>
<p><b>Die Zwischenprüfung erfolgte am</b> _____</p>
<p><input type="checkbox"/> Träger der praktischen Ausbildung</p> <p><input type="checkbox"/> Andere Einrichtung:</p>
<p> <input type="checkbox"/> Stationäre Pflege                      <input type="checkbox"/> Ambulante Pflege  <input type="checkbox"/> Akutpflege                                      <input type="checkbox"/> Langzeitpflege  <input type="checkbox"/> Wohnbereich: _____  <input type="checkbox"/> Station: _____            Fachrichtung: _____         </p>
<p><b>Prüfungsinhalte des praktischen Teils der Zwischenprüfung</b></p>          
<p><b>Empfehlungen und Vereinbarungen für das letzte Drittel der praktischen Ausbildung.</b></p>          

Durch die nachfolgende Unterschrift wird die Teilnahme an der Zwischenprüfung und die Kenntnis der Vereinbarungen bestätigt.

**Lehrende/-r**

Datum / Unterschrift

**Praxisanleiter/-in**

Datum / Unterschrift

**Auszubildende/r**

Datum / Unterschrift