

Einsatznachweis

Einrichtung	
<input type="checkbox"/>	Träger der praktischen Ausbildung
<input type="checkbox"/>	Andere Einrichtung:
<input type="checkbox"/>	Wohnbereich: _____
<input type="checkbox"/>	Station: _____
	Fachrichtung: _____

Einsatzform	
<input type="checkbox"/>	I Orientierungseinsatz
	II Pflichteinsatz
<input type="checkbox"/>	1. Stationäre Akutpflege
<input type="checkbox"/>	2. Stationäre Langzeitpflege
<input type="checkbox"/>	3. Ambulante Akut-/Langzeitpflege
<input type="checkbox"/>	III Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung
<input type="checkbox"/>	IV Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung
<input type="checkbox"/>	V Vertiefungseinsatz im Bereich eines Pflichteinsatzes
<input type="checkbox"/>	VI Weiterer Einsatz / frei verteilte Stunden im Bereich des Vertiefungseinsatzes

Nachweis der praktischen Stunden ¹	
Praxiseinsatz von _____	bis _____
Soll-Pflichtstunden*: _____	
* Soll-Pflichtstunden entsprechen den Vorgaben im Ablaufplan	
Geleistete Ist-Stunden*: _____	
* geleistete Ist-Stunden sind die absolvierten Ist-Stunden ohne Urlaub	
Fehlzeiten in Stunden*: _____	
* ohne Urlaub	
Sind die Soll-Pflicht Stunden nicht erfüllt, bitte hier den Grund angeben:	

Datum / Unterschrift (Einrichtung) / Stempel (Einrichtung)	

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

Datum / Unterschrift
