

Einsatz-Nr.: \_\_\_\_\_ Name der/ des Auszubildenden: \_\_\_\_\_

Kurs: PFA \_\_\_\_\_

### Einsatznachweis

Einrichtung	
<input type="checkbox"/>	Träger der praktischen Ausbildung
<input type="checkbox"/>	Andere Einrichtung:
	Wohnbereich: _____
	Station: _____
	Fachrichtung: _____
	Ansprechpartner: _____
	Telefonnummer: _____
Einsatzform	
<input type="checkbox"/>	I Orientierungseinsatz
<input type="checkbox"/>	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 Vertiefungseinsatz
Nachweis der praktischen Stunden	
Praxiseinsatz vom _____ bis _____	
Geplante Sollstunden nach Zeitplanung (40h/Woche): _____	
Geplante Sollstunden laut Arbeitsvertrag (____h/Woche): _____, davon Urlaub: _____ (keine Fehlzeiten)	
Geleisteter gesamter Stundenumfang: _____	
Fehlstunden (Differenz): _____, davon krankheitsbedingt mit AU: _____	
, davon unentschuldigtes Fehlen: _____	
Datum / Unterschrift (Stempel der Einrichtung): _____	

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

Datum/ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie uns diesen Einsatznachweis ausschließlich per E-Mail an: [info@pflegeschule-bork.de](mailto:info@pflegeschule-bork.de)**

