

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

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

**Einsatznachweis**

<b>Einrichtung</b>	
<input type="checkbox"/> Träger der praktischen Ausbildung	
<input type="checkbox"/> Andere Einrichtung: _____	
Wohnbereich: _____	
Station: _____	
Fachrichtung: _____	
Ansprechpartner: _____	
Telefonnummer: _____	
<b>Einsatzform</b>	
<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	
<b>Nachweis der praktischen Stunden</b>	
Praxiseinsatz vom _____ bis _____	
Geplante Sollstunden nach Zeitplanung (40h/Woche): _____	
Geplante Sollstunden laut Arbeitsvertrag (____h/Woche): _____, davon Urlaub: _____ <small>(keine Fehlzeiten)</small>	
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)**

