

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

Kurs: PF \_\_\_\_\_

**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 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 Externer Einsatz <input type="checkbox"/> VI Vertiefungseinsatz
<b>Nachweis der praktischen Stunden</b>
Praxiseinsatz vom _____ bis _____  Geplante Sollstunden nach Zeitplanung (40h/Woche): _____  Geplante Sollstunden laut Arbeitsvertrag ( ____h/Woche): _____  abzüglich Urlaub in Stunden: _____ (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 \_\_\_\_\_

