

Einsatz-Nr.: _____ Name der/ des Auszubildenden: _____

Kurs: PF _____

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 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
Nachweis der praktischen Stunden
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 _____

