

Ausbildungsdokumentation

Übersicht der Praxiseinsätze



Name der/des Auszubildenden	

Übersicht der Praxiseinsätze

Ausbildungsverlauf als Auszug aus dem Ausbildungsplan nach § 6 Abs. 3 PflBG

			Beze	Ein eichnung	satzfo		\PrV						
		Pflichteinsätze							<u> </u>				
Lfd. Nr.	I Orientierungs- einsatz	II 1. Stationäre Akutpflege	II 2. Stationäre Langzeitpflege	II 3. Ambulante Akut-/ Langzeitpflege*	III Pädiatrische Versorgung	IV Psychiatrische Versorgung	V Vertiefungs- einsatz¹	VI 1. weiterer Einsatz	VI 2. Stunden zur freien Verteilung	Einrichtung	Einsatzbereich	Zeitraum von – bis	Stunden

¹ Der Vertiefungseinsatz findet im Bereich der allgemeinen Akutpflege in stationären Einrichtungen, der allgemeinen Langzeitpflege in stationären Einrichtungen, der allgemeinen ambulanten Akut- und Langzeitpflege, der pädiatrischen Versorgung oder der psychiatrischen Versorgung statt. Im Bereich der ambulanten Akut- und Langzeitpflege kann er auf den Bereich der ambulanten Langzeitpflege ausgerichtet werden (vgl. § 7 Abs. 4 PflBG).

Stand 20.01.2021 Kap. 9_Übersicht Praxiseinsätze Seite 1 von 3



Ausbildungsdokumentation





Name der/des Auszubildende	า
----------------------------	---

			Beze		nsatzfo nach Anla	r m age 7 Pfl <i>l</i>	\PrV						
		Pflicht	einsätz						5.5				
Lfd. Nr.	I Orientierungs- einsatz	II 1. Stationäre Akutpflege	II 2. Stationäre Langzeitpflege	II 3. Ambulante Akut-/ Langzeitpflege*	III Pädiatrische Versorgung	IV Psychiatrische Versorgung	V Vertiefungs- einsatz	VI 1. weiterer Einsatz	VI 2. Stunden zur freien Verteilung	Einrichtung	Einsatzbereich	Zeitraum von – bis	Stunden



Ausbildungsdokumentation





Name der/des Auszubildenden_____

			Beze	Ein	satzfo		\PrV						
Lfd.	l Orientierungs- einsatz	-	II 2. Stationäre oui Langzeitpflege sp		III Pädiatrische Versorgung	IV Psychiatrische Versorgung	V Vertiefungs- einsatz	VI1. weiterer Einsatz	VI 2. Stunden zur freien Verteilung	Einrichtung	Einsatzbereich	Zeitraum von – bis	Stunden
Nr.	<u> </u>	= <	= 1	= < <u>`</u>	≡>	2 0 >	> <u>.</u>	> ш	> =				

Träger der praktischen Ausbildung	Pflegeschule	Auszubildende/r
Datum / Unterschrift	Datum / Unterschrift	Datum / Unterschrift