Einsatz-Nr.: _____ Name der/des Auszubildenden_____

	Einrichtung
☐	Träger der praktischen Ausbildung
☐	Andere Einrichtung:
☐	Wohnbereich:
☐	Station:
	Fachrichtung:
☐	Praxisanleitung:
	Einsatzform
☐	I Orientierungseinsatz
	II Pflichteinsatz
☐	1. Stationäre Akutpflege
☐	2. Stationäre Langzeitpflege
☐	3. Ambulante Akut-/Langzeitpflege
☐	III Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung
☐	IV Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung
☐	V Vertiefungseinsatz im Bereich eines Pflichteinsatzes
☐	VI Weiterer Einsatz / frei verteilte Stunden im Bereich des Vertiefungseinsatzes

Nachweis der praktischen Stunden[1]

Praxiseinsatz vom _____ bis _____

Geplanter gesamter Stundenumfang: _____

Geleisteter gesamter Stundenumfang: _____ Krankheitstage: _____

Anleitungsstunden: _____

Datum / Unterschrift (Einrichtung) _____

[1] Von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen

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

Datum / Unterschrift_____