

## Einsatznachweis

### Einrichtung

- Träger der praktischen Ausbildung
- Andere Einrichtung:
- Einsatzbereich: \_\_\_\_\_

### 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

Praxiseinsatz von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Geplanter gesamter Stundenumfang: \_\_\_\_\_

Geleisteter gesamter Stundenumfang: \_\_\_\_\_

Datum Fehltag: \_\_\_\_\_

Datum Nachtdienste \_\_\_\_\_ Stunden \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift (Einrichtung)

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

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift