



Einsatznachweis

Sequenz Nr. _____

Name der/des Auszubildenden _____

Einrichtung

- ☐ Träger der praktischen Ausbildung: _____
- ☐ Andere Einrichtung/ Pflegedienst: _____
- ☐ Station/ Wohnbereich: _____
- ☐ Fachrichtung/ Schwerpunkt: _____

Einsatzbezeichnung

- ☐ 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

Nachweis der praktischen Stunden

Praxissequenz vom _____ bis _____

Fehlzeiten in Stunden¹: _____

Geleistete Nachtwachen: _____

Datum/Unterschrift Stations- / Bereichsleitung: _____

Von der Kursleitung auszufüllen:

Praxisanleitungsstunden: _____

Note Sequenz: _____

Datum/Unterschrift Kursleitung: _____

¹ Beim Zusammenrechnen der Krankheitsstunden dürfen Krankheitstage, an denen ein freier Tag geplant war, nicht mit eingerechnet werden.