Gesundheitscampus St. Elisabeth
Fachschule für Pflegeberufe der KKIMK

Sequenz Nr. _____ **Name der/des Auszubildenden**:_____

Praxissequenz vom _____ bis _____

Nachweis Praxisanleitung

Datum	Std.	Lernaufgabe und Kompetenzbereich	Hz. Azubi	Hz. PA
Stunden gesamt:				

Durch die nachfolgende Unterschrift werden die praktischen Anleitungssequenzen bestätigt.

Praxisanleiter/in	**Auszubildende/r**	**Kursleiter/in**
Datum / Unterschrift	Datum / Unterschrift	Datum / Unterschrift
_____	_____	_____