



Einsatznachweis

Sequenz Nr. _____ Name der/des Auszubildenden _____

Einrichtung

Name / Adresse dieses praktischen Einsatzortes

Station / Wohnbereich / ambulant: _____

Bei diesem Einsatzort handelt es sich um eine Einrichtung der

- ☐ stationären Akutpflege
- ☐ stationären Langzeitpflege
- ☐ ambulanten Akut-/Langzeitpflege

Dieser Einsatz erfolgte beim Träger der Ausbildung.

☐ ja ☐ nein

Nachweis der praktischen Stunden

Praxiseinsatz von _____ bis _____

Krankheitsstunden¹: _____

Datum / Unterschrift (Stations- / Bereichsleitung)

Von der Kursleitung auszufüllen

Praxisanleitungsstunden: _____

Note: _____

Datum / Unterschrift

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