

Einsatznachweis

Einsatz-Nr.: _____ Name de(r/s) Auszubildenden _____

Einrichtung	
	Träger der praktischen Ausbildung
	Andere Einrichtung:
	Wohnbereich:
	Station:
	Fachrichtung:

Einsatzart	
	Orientierungseinsatz
	Pflichteinsatz
	Stationäre Akutpflege
	Stationäre Langzeitpflege
	Ambulante Akut- und Langzeitpflege
	Pädiatrische Versorgung
	Psychiatrische Versorgung
	Vertiefungseinsatz
	Wahleinsatz
	Stunden zur freien Verteilung

Nachweis der Einsatzstunden	
Praxiseinsatz vom _____	bis _____
Geplanter Stundenumfang _____	Stunden
Geleisteter Stundenumfang _____	Stunden

Ort, Datum, Unterschrift Vorgesetzte(r) am Einsatzort	Ort, Datum, Unterschrift Auszubildende(r)/ges. Vertretung