



Stundennachweis

Einrichtung	
<input type="checkbox"/>	Träger der praktischen Ausbildung
<input type="checkbox"/>	Andere Einrichtung:
<input type="checkbox"/>	Wohnbereich: _____
<input type="checkbox"/>	Station: _____
	Fachrichtung: _____
Einsatzform	
<input type="checkbox"/>	I Orientierungseinsatz
	II Pflichteinsatz
<input type="checkbox"/>	1. Stationäre Akutpflege
<input type="checkbox"/>	2. Stationäre Langzeitpflege
<input type="checkbox"/>	3. Ambulante Akut-/Langzeitpflege
<input type="checkbox"/>	III Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung
<input type="checkbox"/>	IV Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung
<input type="checkbox"/>	V Vertiefungseinsatz im Bereich eines Pflichteinsatzes
<input type="checkbox"/>	VI Weiterer Einsatz / frei verteilte Stunden im Bereich des Vertiefungseinsatzes
Nachweis der praktischen Stunden ¹	
Praxiseinsatz vom _____ bis _____	
Geplanter gesamter Stundenumfang: _____	
Geleisteter gesamter Stundenumfang: _____	
Fehlzeiten: _____	
Datum / Unterschrift (Einrichtung)	

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

Datum / Unterschrift _____

¹ Von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen.