

## Einsatznachweis\*

Name der/des Auszubildenden \_\_\_\_\_

### Einrichtung

Name: \_\_\_\_\_

Wohnbereich: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Station: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

### Einsatzform

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 im Bereich eines Pflichteinsatzes

VI Weiterer Einsatz / frei verteilte Stunden im Bereich des Vertiefungseinsatzes

### Nachweis der praktischen Stunden

Praxiseinsatz vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Geplanter gesamter Stundenumfang: \_\_\_\_\_

Geleisteter gesamter Stundenumfang: \_\_\_\_\_

Anzahl der Fehltage entschuldigt: \_\_\_\_\_

Anzahl der Fehltage unentschuldigt: \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift / Stempel (Einrichtung)

---

\*Einsatznachweis ist nach jedem Praxiseinsatz auszufüllen und spätestens 2 Wochen nach Beendigung des Praxiseinsatzes an die Schule weiterzuleiten