

Einsatz-Nr.: _____

Name der/des Auszubildenden _____

Einrichtung

- Träger der praktischen Ausbildung
- Andere Einrichtung:
Einrichtungsschwerpunkt:
- Wohnbereich: _____
- 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

Einsatzprofil

Nachweis der praktischen Stunden¹

Praxiseinsatz vom _____ bis _____

Geplanter gesamter Stundenumfang in Zeitstunden: _____

Stundenumfang 10% Praxisanleitung: erfüllt nicht erfüllt

Fehlzeiten: _____ davon : _____ unentschuldigt _____ entschuldigt

Geleisteter gesamter Stundenumfang: _____

Datum _____ / _____ Unterschrift

(Einrichtung) _____

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

Datum/ Unterschrift _____

¹ Von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen; Angabe immer in Zeitstunden

Version: 1.0	Ersteller:	Freigegeben:	Freigabe am:	Seite 27 von 44
Stand: 09/2020	Scha	Schulleiter	31.08.2020	BFSA SAN