

Name der/des Auszubildenden	
Lehrgang	
Einsatzform	<input type="checkbox"/> Orientierungseinsatz <input type="checkbox"/> Pflichteinsatz: _____ <input type="checkbox"/> Vertiefungseinsatz <input type="checkbox"/> weiterer Einsatz
Zeitraum	
Einrichtung	<input type="checkbox"/> Träger der praktischen Ausbildung <input type="checkbox"/> Andere Einrichtung: _____ _____

Geplanter Stundenumfang:
(Sollstunden siehe Anschreiben)

_____ (Stunden)

IST-Stundenumfang:
(gemäß Dienstplan)

_____ (Stunden)

- abzüglich Urlaubstage:

_____ = _____
(Tage) (Stunden)

- abzüglich Krankheitstage:

_____ = _____
(Tage) (Stunden)

Tatsächliche Ausbildungsstunden:

= _____ (Stunden)

Zur Kenntnis genommen:

Datum, Unterschrift Auszubildende/r

Datum, Unterschrift Praxisanleiter*in

Datum, Unterschrift Pflegedienstleitung