

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

**Einrichtung**

- Träger der praktischen Ausbildung
- Andere Einrichtung:

WB, Station, Fachrichtung: \_\_\_\_\_

**Einsatzform**

**Nachweis der praktischen Stunden** (von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen)

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

und vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

und vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

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

**Der Einsatz hat wie geplant stattgefunden. Urlaubs- und Fehlzeiten wurden auf dem „Formular zur Fehlzeitenerfassung“ nach Ende jedes Teilabschnitts ans DAFZ für Pflegeberufe gemeldet.**

Durchgeführte, geplante Praxisanleitung in Stunden: \_\_\_\_\_

Beurteilungen: Noten der Lernüberprüfung(en): \_\_\_\_\_

Ergebnis der im Einsatz erstellten Lern- und Arbeitsaufgaben: \_\_\_\_\_

Insgesamt im Einsatz festgestellte praktische Leistungen: \_\_\_\_\_

- Die Praxisbegleitung, mit Besprechung aller anderen Formulare, hat stattgefunden.

\_\_\_\_\_  
Datum , Unterschrift der Einrichtung

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Auszubildende/r

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift gesetzliche Vertretung