



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.

Datum , Unterschrift der Einrichtung

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

Datum, Unterschrift Auszubildende/r

Datum, Unterschrift gesetzliche Vertretung