

Name der/des Auszubildenden: \_\_\_\_\_ Kurs: \_\_\_\_\_

<b>Einsatznachweis</b>
<p>Einsatzort (Einrichtung und Station/Wohnbereich):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> beim Träger der praktischen Ausbildung</p>
<b>Einsatzform</b>
<p><input type="checkbox"/> Orientierungseinsatz</p> <p><input type="checkbox"/> Pflichteinsatz stationäre Akutpflege</p> <p><input type="checkbox"/> Pflichteinsatz stationäre Langzeitpflege</p> <p><input type="checkbox"/> Pflichteinsatz ambulante Akut- /Langzeitpflege</p> <p><input type="checkbox"/> Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung</p> <p><input type="checkbox"/> Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung</p> <p><input type="checkbox"/> Vertiefungseinsatz im Bereich eines Pflichteinsatzes</p> <p><input type="checkbox"/> Weiterer Einsatz/frei verteilte Stunden im Bereich des Vertiefungseinsatzes</p>
<b>Nachweis der praktischen Stunden<sup>1</sup></b>
<p>_____ Praxiseinsatz</p> <p>Praxiseinsatz vom _____ bis _____</p> <p>Geplanter gesamter Stundenumfang (laut Einsatzplanung): _____</p> <p>Geleisteter gesamter Stundenumfang (IST-Stunden)<sup>2</sup>: _____</p> <p>Begründung: _____</p> <p><input type="checkbox"/> keine Fehlzeiten/ keine Urlaubstage</p> <p><input type="checkbox"/> Fehlzeiten, Urlaubstage siehe Anlage</p>

<sup>1</sup> Von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen.

<sup>2</sup> tatsächlich geleistete Stunden; Das BiZ kann kein Dienstplanprogramm einsehen.



Name der/des Auszubildenden: \_\_\_\_\_ Kurs: \_\_\_\_\_

Berichtsheft umfassend und vollständig geführt

Geleistete Praxisanleitungsstunden im gesamten Praxiseinsatz: \_\_\_\_\_

10 % Praxisanleitungszeit wurde gewährleistet

Begründung bei nicht Gewährleistung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Teamleitung/PDL**

Datum / Unterschrift

\_\_\_\_\_

**Auszubildende/r, ggf. Erziehungsberichtigte**

Datum / Unterschrift

\_\_\_\_\_



Name der/des Auszubildenden: \_\_\_\_\_ Kurs: \_\_\_\_\_

## Anlage zu den Fehlzeiten

Datum	Fehlstunden	Grund (krank o. ä.)

**Praxisanleiter/-in**

Datum / Unterschrift

\_\_\_\_\_

**Auszubildende/r, ggf. Erziehungsberichtigte**

Datum / Unterschrift

\_\_\_\_\_

**Teamleitung/PDL**

Datum / Unterschrift

\_\_\_\_\_