

Name des Auszubildenden und Ausbildungsbeginn _____

2.3 Einsatznachweis

Einrichtung
☐ Träger der praktischen Ausbildung: _____
☐ Name der Praxiseinrichtung: _____
Wohnbereich/ Station: _____
Fachrichtung: _____
Ansprechpartner (Name, E-Mail, Tel. Nr. Durchwahl): _____
Einsatzform¹⁶
☐ I. Orientierungseinsatz II. Pflichteinsätze:
☐ 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. 1. Weiterer Einsatz (z. B. Pflegeberatung, Rehabilitation, Palliation)
☐ VI. 2. Weitere Stunden zur freien Verteilung im Bereich des Vertiefungseinsatzes
Nachweis der praktischen Stunden¹⁷
Praxiseinsatz vom: _____ bis: _____
Tatsächlich geleisteter gesamter Stundenumfang: _____ (ohne Urlaub und Fehlzeiten)
Aufführung der Fehltage mit jeweiligem Datum: _____
Fehlstunden (ohne Urlaub und Schultage) gesamt: _____
- davon entschuldigt: _____ davon unentschuldigt: _____
Urlaub im Einsatz in Stunden: _____
Datum / Unterschrift/ Stempel der Einrichtung: _____

Kenntnisnahme durch die/den Auszubildende/-n bzw. gesetzlichen Vertreter

Datum / Unterschrift: _____¹⁶ Erläuterungen zur Einsatzform vgl. Seite 31 ff.; die Einsatzplanung der Schule gilt im individuellen Fall und entspricht den gesetzlichen Vorgaben.¹⁷ Von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen.