

Einsatz-Nr.: \_\_\_\_\_ Name der/des Auszubildenden \_\_\_\_\_

Ausbildungsjahrgang: 20\_\_ - 20\_\_

## Meldung Praktikumseinsatz und Fehlzeiten

<p>Art des Einsatzes</p>	<p><input type="checkbox"/> Orientierungseinsatz (mind. 400 Std.)  <input type="checkbox"/> Allg. Langzeitpflege stationäre Einrichtung (mind. 400 Std.)  <input type="checkbox"/> Stationäre Akutpflege (Krankenhaus) (mind. 400 Std.)  <input type="checkbox"/> allgemeine ambulante Akut- und Langzeitpflege (mind. 400 Std.)</p>	<p><input type="checkbox"/> psychiatrische / gerontopsychiatrische Versorgung (mind. 160 Std.)  <input type="checkbox"/> Pädiatrie (mind. 80 Std.)  <input type="checkbox"/> Reha (mind. 80 Std.)  <input type="checkbox"/> Vertiefungseinsatz (mind. 500 Std.)</p>	<p>(Stempel der Einrichtung)</p>
<p>Einsatz Fehlzeit</p>	<p>vom _____ bis _____ geleistete Stunden _____          vom _____ bis _____ Fehlzeit-Stunden _____          Grund: <input type="checkbox"/> krank <input type="checkbox"/> Urlaub ___Tage vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> sonstiges</p>	<p><input type="checkbox"/> mind. 10% Praxisanleitung erfüllt (10 % der geleisteten Stunden = _____ Stunden)</p>	<p>Datum, Unterschrift der Einrichtung (PDL/SL/PA)</p>
<p>Einsatz Fehlzeit</p>	<p>vom _____ bis _____ geleistete Stunden _____          vom _____ bis _____ Fehlzeit-Stunden _____          Grund: <input type="checkbox"/> krank <input type="checkbox"/> Urlaub ___Tage vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> sonstiges</p>	<p><input type="checkbox"/> mind. 10% Praxisanleitung erfüllt (10 % der geleisteten Stunden = _____ Stunden)</p>	<p>Datum, Unterschrift der Einrichtung (PDL/SL/PA)</p>
<p>Einsatz Fehlzeit</p>	<p>vom _____ bis _____ geleistete Stunden _____          vom _____ bis _____ Fehlzeit-Stunden _____          Grund: <input type="checkbox"/> krank <input type="checkbox"/> Urlaub ___Tage vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> sonstiges</p>	<p><input type="checkbox"/> mind. 10% Praxisanleitung erfüllt (10 % der geleisteten Stunden = _____ Stunden)</p>	<p>Datum, Unterschrift der Einrichtung (PDL/SL/PA)</p>
<p>Einsatz Fehlzeit</p>	<p>vom _____ bis _____ geleistete Stunden _____          vom _____ bis _____ Fehlzeit-Stunden _____          Grund: <input type="checkbox"/> krank <input type="checkbox"/> Urlaub ___Tage vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> sonstiges</p>	<p><input type="checkbox"/> mind. 10% Praxisanleitung erfüllt (10 % der geleisteten Stunden = _____ Stunden)</p>	<p>Datum, Unterschrift der Einrichtung (PDL/SL/PA)</p>