Einsatz-Nr.: _____ Name der/des Auszubildenden_____ Ausbildungsjahrgang: 20___- 20___

GESCHWISTER SCHOLL SCHULE leutkirch
BERUFLICHES KOMPETENZZENTRUM
Gewerbe · Pflege · Soziales · Technik

☐ Orientierungseinsatz ☐ stationäre Langzeitpflege ☐ stationäre Akutpflege ☐ ambulante Akut-/Langzeitpflege

☐ Pädiatrie ☐ Psychiatrie ☐ Rehabilitation ☐ Vertiefungseinsatz

Stempel der Einrichtung

Praxisanleitung

Datum	Std.	Lerngegenstand/Lernsituation	Anmerkungen, z.B. Lernform, Methoden	Name/Vorname Anleiter/in Bitte in Druckbuchstaben	Hz.
		Stunden gesamt			

Durch die nachfolgende Unterschrift werden die praktischen Anleitungssequenzen bestätigt.

Praxisanleiter/-in
Datum / Unterschrift

_____

Auszubildende/r
Datum / Unterschrift

_____