

Deckblatt Ausbildungsnachweis

Name der/des Auszubildenden
Anschrift
Kurs-Nr.

Träger der praktischen Ausbildung
Pflegeschule

Ausbildungsbeginn
Ausbildungsende lt. Ausbildungsvertrag
Verantwortliche Kontaktperson der Pflegeschule / Kursleitung
Verantwortliche Kontaktperson des Ausbildungsträgers / Praxisanleitung
Versorgungsbereich des Vertiefungseinsatzes lt. Ausbildungsvertrag

*Nur bei Ausübung des Wahlrechts genehmigte Änderung der Berufsbezeichnung nach §§ 58 - 60 PflBG
<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit Vertiefungseinsatz im Bereich der pädiatrischen Versorgung (nach § 59 Abs. 2 PflBG)
<input type="checkbox"/> Altenpflegerin/Altenpfleger mit Vertiefungseinsatz im Bereich der allgemeinen Langzeitpflege in stationären Einrichtungen / allgemeinen ambulanten Akut- und Langzeitpflege mit Ausrichtung auf den Bereich der ambulanten Langzeitpflege (nach § 59 Abs. 3 PflBG)
Ausübung des Wahlrechtes am _____ (Datum)
Anpassung des Ausbildungsvertrages nach § 59 Abs. 5 PflBG am _____ (Datum)

Übersicht Praxiseinsätze

Name der/des Auszubildenden _____

		Einsatzform Bezeichnung nach Anlage 7 PflAPrV								Einrichtung	Einsatzbereich	Zeitraum von – bis	Stunden
Lfd. Nr.	I Orientierungs- einsatz	Pflichteinsätze					V Vertiefungseinsatz*	VI 1. Weiterer Einsatz	VI 2. Stunden zur freien Verteilung				
		II 1. Stationäre Akutpflege	II 2. Stationäre Langzeitpflege	II 3. Ambulante Akut- /Langzeitpflege	III Pädiatrische Versorgung	IV Psychiatrische Versorgung							

*Der Vertiefungseinsatz findet im Bereich der allgemeinen Akutpflege in stationären Einrichtungen, der allgemeinen Langzeitpflege in stationären Einrichtungen, der allgemeinen ambulanten Akut- und Langzeitpflege, der pädiatrischen Versorgung oder der psychiatrischen Versorgung statt. Im Bereich der ambulanten Akut- und Langzeitpflege kann er auf den Bereich der ambulanten Langzeitpflege ausgerichtet werden (vgl. § 7 Abs. 4 PflBG).

Name der/des Auszubildenden _____

Lfd. Nr.	Einsatzform Bezeichnung nach Anlage 7 PfiAPrV									Einrichtung	Einsatzbereich	Zeitraum von – bis	Stunden
	I Orientierungs- einsatz	Pflichteinsätze					V Vertiefungseinsatz	VI 1. Weiterer Einsatz	VI 2. Stunden zur freien Verteilung				
		II 1. Stationäre Akutpflege	II 2. Stationäre Langzeitpflege	II 3. Ambulante Akut- /Langzeitpflege	III Pädiatrische Versorgung	IV Psychiatrische Versorgung							

Träger der praktischen Ausbildung

Datum / Unterschrift

Pflegeschule

Datum / Unterschrift

Auszubildende/r

Datum / Unterschrift

Einsatznachweis

Einsatz-Nr.: _____	Name der/des Auszubildenden _____
Einrichtung	
<input type="checkbox"/> Träger der praktischen Ausbildung	
<input type="checkbox"/> Andere Einrichtung:	
<input type="checkbox"/> Wohnbereich: _____	
<input type="checkbox"/> Station: _____	
Fachrichtung: _____	
Einsatzform	
<input type="checkbox"/> I Orientierungseinsatz	
<input type="checkbox"/> II Pflichteinsatz	
<input type="checkbox"/> 1. Stationäre Akutpflege	
<input type="checkbox"/> 2. Stationäre Langzeitpflege	
<input type="checkbox"/> 3. Ambulante Akut-/Langzeitpflege	
<input type="checkbox"/> III Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung	
<input type="checkbox"/> IV Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung	
<input type="checkbox"/> V Vertiefungseinsatz im Bereich eines Pflichteinsatzes	
<input type="checkbox"/> VI Weiterer Einsatz / frei verteilte Stunden im Bereich des Vertiefungseinsatzes	
Nachweis der praktischen Stunden*	
Praxiseinsatz vom _____ bis _____	
Geplanter gesamter Stundenumfang:	
Geleisteter gesamter Stundenumfang:	
Datum / Unterschrift (Einrichtung)	

*Von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen.

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

Datum / Unterschrift _____