



Nachweis der praktischen Studienphase

Achtung: Nachweis ist nur gültig mit Stempel und Unterschrift der jeweiligen Praxiseinrichtung!

Name, Vorname _____ Matrikelnr. _____ Modul-Nr. _____

Name und Ort der Einrichtung(en)

Bitte durch die Verantwortlichen in der Praxis ausfüllen lassen

Es wurden Praxisstunden in folgenden Einsatzbereichen geleistet

- | | | | |
|------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Neugeborenenstation | _____ | _____ | Stempel der Praxiseinrichtung |
| | Geleistete Std.in der Praxis | Datum, Unterschrift der Praxiseinrichtung | |
| <input type="checkbox"/> (Integrative) Wochenstation | _____ | _____ | Stempel der Praxiseinrichtung |
| | Geleistete Std.in der Praxis | Datum, Unterschrift der Praxiseinrichtung | |
| <input type="checkbox"/> Kreißsaal | _____ | _____ | Stempel der Praxiseinrichtung |
| | Geleistete Std.in der Praxis | Datum, Unterschrift der Praxiseinrichtung | |
| <input type="checkbox"/> Nicht operative Station | _____ | _____ | Stempel der Praxiseinrichtung |
| | Geleistete Std.in der Praxis | Datum, Unterschrift der Praxiseinrichtung | |
| <input type="checkbox"/> Operationssaal | _____ | _____ | Stempel der Praxiseinrichtung |
| | Geleistete Std.in der Praxis | Datum, Unterschrift der Praxiseinrichtung | |
| <input type="checkbox"/> Operative Station | _____ | _____ | Stempel der Praxiseinrichtung |
| | Geleistete Std.in der Praxis | Datum, Unterschrift der Praxiseinrichtung | |
| <input type="checkbox"/> Kinderklinik | _____ | _____ | Stempel der Praxiseinrichtung |
| | Geleistete Std.in der Praxis | Datum, Unterschrift der Praxiseinrichtung | |
| <input type="checkbox"/> Außerklinische Praxis | _____ | _____ | Stempel der Praxiseinrichtung |
| | Geleistete Std.in der Praxis | Datum, Unterschrift der Praxiseinrichtung | |
| <input type="checkbox"/> Außerklinische Praxis | _____ | _____ | Stempel der Praxiseinrichtung |
| | Geleistete Std.in der Praxis | Datum, Unterschrift der Praxiseinrichtung | |
| <input type="checkbox"/> Innovative Felder | _____ | _____ | Stempel der Praxiseinrichtung |
| | Geleistete Std.in der Praxis | Datum, Unterschrift u der Praxiseinrichtung | |

Vom Studiengang auszufüllen

Selbstlernzeiten im Modul _____

Fehlstunden in der Selbstlernzeit _____

Datum, Unterschrift der * des Verantwortlichen im Studiengang Hebammenkunde an der hsg

Sie sind in der **Belegpflicht!** Reichen Sie den Originalnachweis innerhalb einer Woche nach Abschluss des Praxiseinsatzes im Studienbereich ein. Vergessen Sie nicht, eine Kopie für Ihre Unterlagen aufzubewahren!