



Nachweis der praktischen Studienphase

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

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

Name und Ort der Einrichtung _____

Bitte durch die Verantwortlichen in der Praxis ausfüllen lassen

Bitte tragen Sie die geleisteten Praxisstunden und den dabei geleisteten Anteil der Praxisanleitung (gesetzl. Soll 15%, Hinweise dazu siehe Praxiskonzept) im betreffenden Einsatzbereich ein.

0 Kreißsaal

Geleistete Praxisstunden Stunden Praxisanleitung Datum, Unterschrift der Praxiseinrichtung
Stempel

0 Neugeborenenstation

Geleistete Praxisstunden Stunden Praxisanleitung Datum, Unterschrift der Praxiseinrichtung
Stempel

0 Integrat. (Wochenstation)

Geleistete Praxisstunden Stunden Praxisanleitung Datum, Unterschrift der Praxiseinrichtung
Stempel

0 Gyn. OP/ gyn. Diagnostik

Geleistete Praxisstunden Stunden Praxisanleitung Datum, Unterschrift der Praxiseinrichtung
Stempel

0 Kinderklinik

Geleistete Praxisstunden Stunden Praxisanleitung Datum, Unterschrift der Praxiseinrichtung
Stempel

0 Außerklinische Praxis

Geleistete Praxisstunden Stunden Praxisanleitung Datum, Unterschrift der Praxiseinrichtung
Stempel

0 Außerklinische Praxis

Geleistete Praxisstunden Stunden Praxisanleitung Datum, Unterschrift der Praxiseinrichtung
Stempel

0 weitere Praxiseinrichtung

Geleistete Praxisstunden Stunden Praxisanleitung Datum, Unterschrift der Praxiseinrichtung
Stempel

Datum, Unterschrift der * des Verantwortlichen im Studiengang Hebammenwissenschaft an der HS Gesundheit

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