

Nachweis der praktischen Studienphase

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

Name, Vorname _____ Matrikelnummer _____

Fachrichtung GKP GKKP AP

Einsatzzeitraum vom _____.____.20__ bis _____.____.20__ Einsatznummer (P1, P2 etc.) _____

Anzahl der im Einsatzzeitraum geleisteten Arbeitstage		Durchschnittliche Dienstzeit	geleistete Einsatzstunden
Tagdienst			
Nachtdienst			
Gesamtsumme			

Anzahl der im Einsatzzeitraum geleisteten Arbeitstage x durchschnittliche tägliche Dienstzeit = Insgesamt geleistete Einsatzstunden

Zusätzlich zur durchschnittlichen täglichen Dienstzeit geleistete Stundenzahl: _____

Fehltag(e) (krank) (einzeln mit Datum aufführen): _____

Urlaubstage: _____

Quarantäne (Nachweis beifügen): _____

Die o.g. Stunden wurden im folgenden Fachgebiet abgelegt – bitte zutreffendes ankreuzen:

<input type="checkbox"/> Innere Medizin <input type="checkbox"/> Geriatrie <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Neurochirurgie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Onkologie <input type="checkbox"/> Funktionsbereich: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Gynäkologie <input type="checkbox"/> Geburtshilfe, Wochen- & Neugeborenenpflege <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrie <input type="checkbox"/> Psychosomatik <input type="checkbox"/> Palliativ, Hospiz, SAPV <input type="checkbox"/> Beratung, Begutachtung	<input type="checkbox"/> Pädiatrie <input type="checkbox"/> Neonatologie <input type="checkbox"/> Neuropädiatrie <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie <input type="checkbox"/> Kinderchirurgie <input type="checkbox"/> Psychosomatik Kinder und Jugendliche <input type="checkbox"/> Kinderstation
<input type="checkbox"/> Stationäre Akutpflege	<input type="checkbox"/> Stationäre Langzeitpflege	<input type="checkbox"/> ambulante Akut- und Langzeitpflege

Institution / Einrichtung: _____

Betriebsstätte: _____

Station / Wohnbereich / Tour: _____

Praxisanleitung (Name, Vorname): _____

Stations- / Bereichsleitung (Name, Vorname): _____
(bitte **leserlich** und in **Druckbuchstaben** ausfüllen)

Datum, Unterschrift der Stations-/ Bereichsleitung in der Einrichtung

Stempel der Einrichtung

Vom Studiengang abzuzeichnen

Die o.g. Stunden wurden im folgenden Bereich durchgeführt: bitte zutreffendes ankreuzen:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeiner Bereich / Seniorenheim | <input type="checkbox"/> Ambulante Pflege | <input type="checkbox"/> Differenzierungsbereich / AP Krankeneinsatz |
|---|---|--|

Datum, Unterschrift der * des Verantwortlichen des Studienganges Pflege B.Sc. der HS Gesundheit

Wichtig: Sie sind in der **Belegpflicht!** Reichen Sie den vollständig ausgefüllten **Originalnachweis** innerhalb von zwei Wochen nach Abschluss Ihres Praxiseinsatzes bei der Praxiskoordination Ihres Studienganges ein. Denken Sie daran, eine **Kopie** für Ihre Unterlagen aufzubewahren!