

## **Nachweis der praktischen Studienphase**

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

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Matrikelnummer \_\_\_\_\_

Einsatzzeitraum vom \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_ bis \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_

Einsatznummer (Praxis 1, Praxis 2 etc.) \_\_\_\_\_

	Anzahl der im Einsatzzeitraum geleisteten Arbeitstage	Durchschnittliche Dienstzeit	geleistete Einsatzstunden
Tagdienst			
Nachtdienst			
optional maximal drei Nächte im Praxissemester (Praxis 5 bis Praxis 9)			
<b>Gesamtsumme</b>			

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): \_\_\_\_\_

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"/> Orientierung stationäre Akutpflege <input type="checkbox"/> Orientierung Stationäre Langzeitpflege <input type="checkbox"/> Orientierung ambulante Akut- und Langzeitpflege	<input type="checkbox"/> Pflicht Stationäre Akutpflege <input type="checkbox"/> Pflicht Stationäre Langzeitpflege <input type="checkbox"/> Pflicht ambulante Akut- und Langzeitpflege <hr/> <input type="checkbox"/> Pflicht Pädiatrische Versorgung <input type="checkbox"/> Pflicht Psychiatrische Versorgung	<input type="checkbox"/> Vertiefung Stationäre Akutpflege <input type="checkbox"/> Vertiefung Stationäre Langzeitpflege <input type="checkbox"/> Vertiefung ambulante Akut- und Langzeitpflege <hr/> Schwerpunkt/Fachbereich staatliche praktische Prüfung: _____ _____ _____
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

\_\_\_\_\_  
 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!