

## Bescheinigung über ein Vorpraktikum

Hiermit wird bestätigt, dass

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

im Zeitraum vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

in unserer  
Einrichtung/  
Klinik /Praxis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift und Telefon)

ein Praktikum als (Ausbildungsberuf/Berufsfeld) \_\_\_\_\_  
absolviert hat.

**Zu ihren / seinen Einsatzbereichen und ausgeführten Tätigkeiten zählen die nachfolgend  
aufgeführten Punkte:**

Einsatzbereiche:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ausgeführte Tätigkeiten:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bemerkungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift