

Praktikumsbereiche, die im Rahmen der Ausbildung absolviert und bestätigt werden müssen

LANGZEITPFLEGE/REHABILITATIVE PFLEGE

Unterschrift Fachkraft Praktikumsstelle: _____

Unterschrift Ausbildungsstelle: _____

LANGZEITPFLEGE/REHABILITATIVE PFLEGE

Unterschrift Fachkraft Praktikumsstelle: _____

Unterschrift Ausbildungsstelle: _____

AKUTPFLEGE IM OPERATIVEN und/oder KONSERVATIVEN FACHBEREICH

Unterschrift Fachkraft Praktikumsstelle: _____

Unterschrift Ausbildungsstelle: _____

AKUTPFLEGE IM OPERATIVEN und/oder KONSERVATIVEN FACHBEREICH

Unterschrift Fachkraft Praktikumsstelle: _____

Unterschrift Ausbildungsstelle: _____

EXTRAMURALE PFLEGE, BETREUUNG UND BERATUNG

Unterschrift Fachkraft Praktikumsstelle: _____

Unterschrift Ausbildungsstelle: _____

EXTRAMURALE PFLEGE, BETREUUNG UND BERATUNG

Unterschrift Fachkraft Praktikumsstelle: _____

Unterschrift Ausbildungsstelle: _____