

# Monatsnachweis über die Anwesenheit der Praktikant/-innen in der Praktikumsstelle

Louise-Schroeder-Schule  
 Brunhildenstraße 55  
 65189 Wiesbaden  
 Fachoberschule Fachrichtung Gesundheit

<b>Dienstzeiten:</b>		
Dienst	von _____	bis _____
Dienst	von _____	bis _____
Dienst	von _____	bis _____

Name der Praktikantin/des Praktikanten:

Praktikumsstelle:

## Tätigkeitsnachweis für Monat:

Datum: _____ Arbeitszeit: _____	Datum: _____ Arbeitszeit: _____	Datum: _____ Arbeitszeit: _____
Datum: _____ Arbeitszeit: _____	Datum: _____ Arbeitszeit: _____	Datum: _____ Arbeitszeit: _____
Datum: _____ Arbeitszeit: _____	Datum: _____ Arbeitszeit: _____	Datum: _____ Arbeitszeit: _____
Datum: _____ Arbeitszeit: _____	Datum: _____ Arbeitszeit: _____	Datum: _____ Arbeitszeit: _____
Datum: _____ Arbeitszeit: _____	Datum: _____ Arbeitszeit: _____	Datum: _____ Arbeitszeit: _____

**Legende:** **D** für ihren jeweiligen Dienst, **K** für Krank; **U** für Urlaub, **FREI** für freien Tag

Tätigkeitsschwerpunkte in ihrer Dienstzeit:
Besondere Erlebnisse (z.B. bei einer speziellen Behandlung, OP oder Untersuchung dabei gewesen / ggf. assistiert, Reanimation erlebt, an Fortbildungen teilgenommen, andere Berufsgruppen begleitet z.B. bei physiotherapeutischen Maßnahmen, sonstige speziellen Tätigkeiten ausgeübt usw.)

Datum:  
 Unterschrift des Praktikanten/ der Praktikantin:

Datum:  
 Stempel/Unterschrift Praktikumsstelle:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_