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

Louise-Schroeder-Schule
Brunhildenstraße 55
65189 Wiesbaden
Fachoberschule Gesundheit

Dienstzeiten:
Dienst 1_____ von _____ bis
Dienst 2_____ von _____ bis
Dienst 3_____ von _____ bis

Vor- & Zuname Praktikant:in:

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:_____
	Gesamt: gearbeiteteTage:	**Stunden:**

Legende: D für **D**ienst 1, ggf. 2 oder 3, wenn Abweichungen (bitte genaue Zeitangaben)
K für Krank; **U** für Urlaub, **Frei** für Frei, **FB** für Fortbildung, **KF** für Klassenfahrt

Die Arbeitszeit beträgt 8 Stunden/Tag inkl. Pausenzeiten!

Tätigkeitsschwerpunkte im Dienst
Besondere Erlebnisse (z.B. bei einer Untersuchung, OP oder Entbindung dabei gewesen, Reanimation erlebt, an Fortbildungen teilgenommen, andere Berufsgruppen begleitet z.B. bei physiotherapeutischen Maßnahmen usw.)

Datum:
Unterschrift des Praktikanten/ der Praktikantin:

_____

Datum:
Stempel/Unterschrift Praktikumsstelle:

_____