Briefkopf der Schule

Protokoll zum Praktikumsverlauf im Bereich Fachpraxis

und Praxisstundennachweis

Name des Schülers/der Schülerin Name und Anschrift der Station/

im Praktikum: Einsatzleitung:

.................................................................. ................................................................

 Name

.................................................................. ................................................................

 Straße und Hausnummer

 ................................................................

 PLZ, Ort

 ................................................................

 Telefon/Fax

# Angaben zum Einsatz in der Familie

## Einsatzart Haushalt Nebenbetriebe

 begleiteter Einsatz (mit einem/r Dorfhelfer/in) mit Landwirtschaft Vermarktung

 eigenständiger Einsatz ohne Landwirtschaft Beherbergung

 Entlastungseinsatz Hausw. Dienstleistung

 ..............................

Einsatzgrund: ..............................................................................................................................................

Anzahl der Personen ............. davon Kinder (Alter, Geschlecht) ...............................................................

 behinderte, pflegebedürftige Menschen .....................................................

 ältere Menschen (ab 70 Jahre) ..................................................................

 Mutter war zu Hause Mutter war nicht zu Hause

Einsatzdauer von .................... bis .................. Anzahl der Arbeitstage ........................

Tägliche Arbeitszeit ........................................

........................................................................ ...................................................................

(Ort, Datum) Unterschrift des Schülers/der Schülerin im Praktikum

........................................................................ ...................................................................

(Ort, Datum) Unterschrift der Einsatzleitung/Station/Vermittlungsstelle

........................................................................ ...................................................................

(Ort, Datum) Unterschrift des Praxisanleiters/der Praxisanleiterin Briefkopf der Schule

**Protokoll zum Praktikumsverlauf im Bereich
Alten- und Krankenpflege mit Sterbebegleitung**

**und Praxisstundennachweis**

.......................................................................................

**Name des Schülers/der Schülerin im Praktikum**

......................................................................... .........................................................................

Name und Anschrift der ausbildenden Einrichtung Einsatzbereich des Schülers/der Schülerin
(Stempel der Einrichtung) im Praktikum

.........................................................................

Name des Praxisanleiters/der Praxisanleiterin

Während des Einsatzes vom .................. bis ........................ war der Schüler/die Schülerin

im Praktikum ................... Tage im Einsatz. Tägliche Arbeitszeit waren ................... Stunden.

......................................................................... .........................................................................

Ort, Datum Unterschrift des Schülers/der Schülerin im Praktikum

......................................................................... .........................................................................

Ort, Datum Unterschrift Stationsleitung/ Wohnbereichsleitung/Einsatzleitung

Briefkopf der Schule

**Protokoll zum Praktikumsverlauf im Bereich
Säuglings- und Kinderkrankenpflege**

**und Praxisstundennachweis**

.......................................................................................

**Name des Schülers/der Schülerin im Praktikum**

......................................................................... .........................................................................

Name und Anschrift der ausbildenden Einrichtung Einsatzbereich des Schülers/der Schülerin
(Stempel der Einrichtung) im Praktikum

.........................................................................

Name des Praxisanleiters/der Praxisanleiterin

Während des Einsatzes vom .................. bis ........................ war der Schüler/die Schülerin

im Praktikum ................... Tage im Einsatz. Tägliche Arbeitszeit waren ................... Stunden.

......................................................................... .........................................................................

Ort, Datum Unterschrift des Schülers/der Schülerin im Praktikum

......................................................................... .........................................................................

Ort, Datum Unterschrift Stationsleitung/ Wohnbereichsleitung/Einsatzleitung

Briefkopf der Schule

**Protokoll zum Praktikumsverlauf im Bereich
Kindergarten**

**und Praxisstundennachweis**

.......................................................................................

**Name des Schülers/der Schülerin im Praktikum**

......................................................................... .........................................................................

Name und Anschrift der ausbildenden Einrichtung Einsatzbereich des Schülers/der Schülerin
(Stempel der Einrichtung) im Praktikum

.........................................................................

Name des Praxisanleiters/der Praxisanleiterin

Während des Einsatzes vom .................. bis ........................ war der Schüler/die Schülerin

im Praktikum ................... Tage im Einsatz. Tägliche Arbeitszeit waren ................... Stunden.

......................................................................... .........................................................................

Ort, Datum Unterschrift des Schülers/der Schülerin im Praktikum

......................................................................... .........................................................................

Ort, Datum Unterschrift Kindergartenleitung

Briefkopf der Schule

**Protokoll zum Praktikumsverlauf im Bereich
Behindertenbetreuung**

**und Praxisstundennachweis**

.......................................................................................

**Name des Schülers/der Schülerin im Praktikum**

......................................................................... .........................................................................

Name und Anschrift der ausbildenden Einrichtung Einsatzbereich des Schülers/der Schülerin
(Stempel der Einrichtung) im Praktikum

.........................................................................

Name des Praxisanleiters/der Praxisanleiterin

Während des Einsatzes vom .................. bis ........................ war der Schüler/die Schülerin

im Praktikum ................... Tage im Einsatz. Tägliche Arbeitszeit waren ................... Stunden.

......................................................................... .........................................................................

Ort, Datum Unterschrift des Schülers/der Schülerin im Praktikum

......................................................................... .........................................................................

Ort, Datum Unterschrift Stationsleitung/ Wohnbereichsleitung/Einsatzleitung