

## Nachweis über eine einschlägige Tätigkeit in der Altenpflegehilfe

Bitte leserlich und vollständig ausfüllen

Teilnehmer/in	
Anrede	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
Name	_____
Vorname	_____
Einrichtung	
Träger/Einrichtung	_____
Straße, Hausnummer	_____
PLZ, Ort	_____
Wohnbereich/Station	_____
Fachrichtung	_____
Ansprechperson	_____
E-Mail (der Ansprechperson)	_____
Tel. (der Ansprechperson)	_____
Einsatzform <sup>1</sup>	
<input type="checkbox"/> Stationäre Langzeitpflege <input type="checkbox"/> Ambulante Akut-/Langzeitpflege <input type="checkbox"/> Anderer Versorgungsbereich (nach SGB XI)	
Nachweis der praktischen Stunden <sup>2</sup>	
Tätigkeit vom	_____ bis _____
Stundenumfang gesamt	_____
Davon unter Fachlicher Anleitung	_____
Anleitung	
Name	_____
Fachliche Qualifikation	_____

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Firma

<sup>1</sup> Stationäre Langzeitpflege und Ambulante Akut-/ Langzeitpflege sind verpflichtend im Umfang von mindestens jeweils 100 Stunden (Gesamtstundenzahl beachten)

<sup>2</sup> Von der Einrichtung des Praxiseinsatzes auszufüllen; Gesamtstundenzahl mindestens 850 Stunden, davon 425 Stunden unter fachlicher Anleitung einer berufspädagogisch qualifizierten Pflegefachkraft.