

Überleitung

Name des/der Auszubildende	
Ausbildungsjahr	
Träger der praktischen Ausbildung	
Pflegeschule	
Erstellt von Praxisstelle + Praxisanleitende	Name Praxisstelle + Unterschrift PA
Auszubildende zur Kenntnis genommen	Datum + Unterschrift
Zur Kenntnis genommen von Praxisstelle + Praxisanleitende	Name Praxisstelle + Unterschrift PA

Folgende Tätigkeiten konnten in diesem Einsatz nicht gelehrt werden:

1.	
2.	
3.	

Sollte im folgenden Einsatz noch geübt werden:
