



Vorname:Name:

geboren am: Klasse: Telefon:

Anschrift:

Ich (Angaben s.o.) werde ab _____ bis _____ und ab _____ bis _____

- mein Praktikum GW 1 (vorrangig Therapie und Diagnostik) in folgender Einrichtung ableisten:

- mein Praktikum GW 2 (vorrangig Pflege und Prävention) in folgender Einrichtung ableisten:

Folgende Felder bitte deutlichst (evtl. Druckschrift) ausfüllen – Daten müssen in Datenbank eingegeben werden.

Betriebsname:.....

Abteilung:

Ansprechpartner 1:

Ansprechpartner 2:

Straße und Hausnr.: :.....

PLZ / Ort:/

Telefon (Festnetz):

Telefon (Mobil):

Fax:

E-Mail:

Datum:

Unterschrift:

Stempel

HINWEIS:

Mit dieser Unterschrift bestätigt die Einrichtung, dass das Praktikum angeleitet und durchgeführt wird und, dass bei der Ausgestaltung der täglichen Aufgaben die ArbMedVV (früher Biostoffverordnung) beachtet wird, wodurch eine „**höhere Infektionsgefährdung**“ im Sinne der Verordnung nicht vorliegt.

Hinsichtlich meiner Verpflichtungen in der fachpraktischen Ausbildung, insbesondere über das Entschuldigungswesen während dieser Zeit, bin ich von meiner Betreuungslehrkraft informiert worden. Des Weiteren wurde ich über die Bedeutung und den Umfang der Schweigepflicht unterrichtet und habe die Belehrung nach dem §43 des Infektionsschutzgesetzes erhalten.

Datum:

Unterschrift:

der volljährigen Schülerin / des volljährigen Schülers
bzw. der Erziehungsberechtigten