

Stundennachweis für Praktika

NAME & VORNAME DES/DER STUDENTEN :IN	
STUDIENJAHR / SEMESTER / FACHRICHTUNG	JAHR ... SEMESTER ... FACHRICHTUNG (Siehe Abschnitt 3 des Portfolios für die Bezeichnungen der Fachrichtungen)
INSTITUTION & ABEILUNG	
PRAKTIKUMSZEITRAUM	Vom / / 20..... bis zum / / 20.....

Wer füllt dieses Dokument aus? Der/Die Studen:tin füllt es täglich aus, lässt es von der Person, mit der er/sie an diesem Tag zusammengearbeitet hat (Begleitperson), unterschreiben und am Ende des Praktikums vom/von dem/der klinischen Tutor:in gegengezeichnen.

Wann muss dieses Dokument ausgefüllt werden? Regelmäßig auf Grundlage der tatsächlich geleisteten Arbeitszeiten und in jedem Fall am Ende des Praktikums.

Warum? Zur Erfassung der tatsächlich von demder Studentin geleisteten Praktikumsstunden.

Wie ist dieses Dokument auszufüllen? Der/Die Student:in achtet darauf, die Tabellen auf den folgenden Seiten fortlaufend auszufüllen und ausfüllen zu lassen. Im Falle einer Abwesenheit trägt er/sie „ABW“ in die Spalte „Anzahl Stunden“ für den/die betreffenden Tag(e) ein. Am Ende des Praktikums überträgt der/die Student:in die Gesamtanzahl der geleisteten Stunden in die Tabelle, die seinen/ihren Praktikumsverlauf zusammenfasst (Teil 5.1 des Portfolios)

Stundennachweis für Praktika



	Woche Vom ... / ... / 20... bis zum .../... / 20 ...			Woche Vom ... / ... / 20... bis zum .../... / 20 ...			Woche Vom ... / ... / 20... bis zum .../... / 20 ...			Woche Vom ... / ... / 20... bis zum .../... / 20 ...			Woche Vom ... / ... / 20... bis zum .../... / 20 ...			
	Plan	Kürzel. Begleiter	Anz. Stunden	Plan	Kürzel. Begleiter	Anz. Stunden	Plan	Kürzel. Begleiter	Anz. Stunden	Plan	Kürzel. Begleiter	Anz. Stunden	Plan	Kürzel. Begleiter	Anz. Stunden	
Montag	... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			Gesamtstundenzahl / 5 Wochen
Dienstag	... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			
Mittwoch	... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			
Donnerstag	... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			
Freitag	... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			
Samstag	... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			
Sonntag	... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			... : ... - ... : ...			
	Stunden. / Woche			Stunden. / Woche			Stunden. / Woche			Stunden. / Woche			Stunden. / Woche			

NAME, VORNAME UND UNTERSCHRIFT
VOM KLINISCHEN TUTOR

NAME, VORNAME UND UNTERSCHRIFT
VOM/DER STUDENTEN:IN