HOCHWALDKRANKENHAUS – STÄDTISCHES KRANKENHAUS BAD NAUHEIM
THEODORA-KONITZKY
KRANKENPFLEGESCHULE

Fehlende Reflexion in der praktischen Ausbildung

Name *Praxisanleiter/Mentor*	Name *SchülerIn*	Datum
.....	.....	.....
Kurs	**Station**	**Tel.Nr.:**
.....	.....	.....

Einsatzzeitraum	Ausbildungsjahr					
.....	1/1(Apr.)	1/2(Okt.)	2/1(Apr.)	2/2(Okt.)	3/1(Apr.)	3/2(Okt.)

Nicht-Durchgeführtes Gespräch:

Einführungsgespräch ❐ **Zwischengespräch** ❐ **Abschlussgespräch** ❐

Begründung:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

_____ _____

Name (Druckschrift) und Unterschrift: Stat.ltg./Praxisanleitung/Mentor/Pflegekraft (Zutreffendes bitte unterstreichen)

_____

Unterschrift SchülerIn