


FB-02711	KKRN Fragebogen für Praktikanten	
PFLEGE / PD	Version: 01	Seite 1 von 1

Arbeitsort: Dorsten Haltern Marl Westerholt Abteilung: _____
(wird vom Betrieb ausgefüllt)

Nachname, Vorname : _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geburtsdatum/Geburtsort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Email: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Religionszugehörigkeit: _____

Schule/Hochschule/Ausbildungsträger: _____

Arbeitgeber: _____

Kleidergröße: _____

Art des Praktikums:

Schulpraktikum Berufsfindungspraktikum Hospitation _____

Pflichtpraktikum im Rahmen einer Ausbildung _____

Pflichtpraktikum im Rahmen einer Weiterbildung _____

Pflichtpraktikum Medizinstudium Sonstiges _____

Beginn des Praktikums: _____ **Ende des Praktikums:** _____

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

Unterlagen liegen vor/Unterweisungen durchgeführt: (wird vom Betrieb ausgefüllt)

- ärztliches Attest
- Datenschutzerklärung
- Allgemeine Hygienemaßnahmen

Ort, Datum

Unterschrift

	Erstellung	Änderung	Prüfung/Freigabe	Veröffentlichung
Name	stellv. Pflegedirektion		stellv. Pflegedirektion	QRM DA
Datum	05.08.2019		05.08.2019	06.08.2019