

**Formular für die Ausgleichszuweisung in der generalistischen
Pflegeausbildung im Ostalbkreis**

<u>Angaben zur Praxiseinsatzstelle:</u>	
Offizielle Bezeichnung der Praxiseinsatzstelle:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ:	Ort:
USt-IdNr. oder Steuernummer:	
<u>Angaben zur Ansprechperson:</u>	
Name:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	

<u>Bitte überweisen Sie an:</u>
Name oder offizielle Bezeichnung der Praxiseinsatzstelle:
Auszahlungsbetrag laut Empfehlung der Leistungserbringerverbände :
IBAN:
BIC:
Überweisungstext: (Ausgleichszuweisung_Einsatzbereich_Nachname_Vorname_Jahr)

<u>Angaben zur/zum Auszubildenden:</u>
Name, Vorname:
Träger der praktischen Ausbildung:
Berufsfachschule für Pflege:
Der Praxiseinsatz erfolgte im Bereich (entsprechendes bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> Stationäre Akutpflege <input type="checkbox"/> Pädiatrie <input type="checkbox"/> Stationäre Langzeitpflege <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Ambulante Akut-/Langzeitpflege <input type="checkbox"/> Weiterer Einsatz
Zeitraum des Praxiseinsatzes: von _____ bis _____
Geleistete Stunden:

Hiermit bestätige ich, dass die Praxisanleitung im Praxiseinsatz nach den gesetzlichen Vorgaben nach dem [PflBG](#) und der [PflAPrV](#) erfolgte.

Ort, Datum

Vor- und Nachname, Stempel der Einrichtung