

**Bestätigung**  
**Ausbildungsmodul „Unterstützung bei der Basisversorgung“**

**PRAKTIKUMSSTELLE:**

(Name und Anschrift / Stempel der Einrichtung)

Die Praktikantin/der Praktikant

.....

war in der Zeit vom ..... bis ..... bei uns

eingesetzt.

Fehltage: .....

\_\_\_\_\_  
Unterschrift DGKS / DGKP

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ausbildungsteilnehmer\*in

Datum: .....