

Persönliche Daten	Name:	▶		Zur Aufnahme notwendige Anlagen: 1. <input type="checkbox"/> Aufnahmeantrag 2. <input type="checkbox"/> Lebenslauf 3. <input type="checkbox"/> Merkblatt Betroffenenrechte 4. <u>Beglaubigte</u> Kopie: Ein Nachweis: <input type="checkbox"/> Mittlerer Schulabschluss <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss plus eine erfolgreich abgeschlossene mindestens zweijährige Berufsausbildung oder <input type="checkbox"/> mindestens einjährige Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege: Examensurkunde und Examenszeugnis <input type="checkbox"/> Gleichwertigkeitsbescheinigung eines Regierungspräsidiums von Deutschland; Bildungsniveau mindestens mittlere Reife 5. <input type="checkbox"/> Beglaubigte Kopie: Deutschkenntnisse der Niveaustufe B2 6. <input type="checkbox"/> Angaben über die Praxisstelle 7. <input type="checkbox"/> Ärztliches Attest über die gesundheitliche Eignung 8. <input type="checkbox"/> Ausbildungsvertrag in dreifacher Ausfertigung 9. <input type="checkbox"/> Einwilligung Datenweitergabe an das Landratsamt ODER <input type="checkbox"/> Selbstständig koordinierter Ausbildungsplan (siehe Vorlage Homepage)				
	Vorname:	▶						
	Geburtsname:	▶						
	Geschlecht:	▶						
	Geburtsdatum:	▶						
	Geburtsort:	▶ ▶						
	Geburtsland:							
	Straße und Hausnummer:	▶						
	Postleitzahl:	▶						
	Wohnort:	▶						
	Telefon:	▶						
E-Mail:	▶							
Notfallkontakt	Geschlecht	▶	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Wird von der Schule ausgefüllt! Datum Kurzz.				
	Name:	▶						
	Vorname:	▶		ASV				
	Straße und Hausnummer:	▶		Meldung an Kreiskoordin. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
	Postleitzahl: Wohnort:	▶ ▶		Fehlende Unterlagen wurden eingefordert am:				
	Ständige telefon. Erreichbarkeit	▶		<table border="1"> <tr> <td>Zusage Brief</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Absage Brief</td> <td></td> </tr> </table>	Zusage Brief		Absage Brief	
Zusage Brief								
Absage Brief								
Vorbildung	Schulabschluss:	▶		Aufnahme: <table border="1"> <tr> <td>Klasse</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FAL/FBL</td> <td></td> </tr> </table>	Klasse		FAL/FBL	
	Klasse							
	FAL/FBL							
	Zuletzt besuchte Schule:	▶						
Schulort:	▶							
Klasse:	▶							

Aufnahmeantrag für Generalistische Pflegeausbildung

3BFP

Augusta-Bender-Schule Mosbach

Ich versichere / Wir versichern die Richtigkeit der obigen Daten und stimme/n der elektronischen Speicherung der Antragsdaten für schulische Zwecke zu. Die Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen. Fehlerhafte Daten führen zur Rücknahme der Aufnahmezusage.

Datum

Unterschrift der Bewerberin / des Bewerbers

Unterschrift der Erziehungsberechtigten (Beide)

Merkblatt Betroffenenrechte

Sie haben als von einer Verarbeitung personenbezogener Daten betroffene Person folgende Rechte:

- Gemäß Artikel 7 Absatz 3 EU-DSGVO können Sie Ihre einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber uns widerrufen. Dies hat zur Folge, dass wir die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruht, für die Zukunft nicht mehr fortführen dürfen.
- Gemäß Artikel 15 EU-DSGVO können Sie Auskunft über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten verlangen. Insbesondere können Sie Auskunft über die Verarbeitungszwecke, die Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorien von Empfängern, gegenüber denen Ihre Daten offengelegt wurden oder werden, die geplante Speicherdauer, das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, das Bestehen eines Beschwerderechts, die Herkunft ihrer Daten, sofern diese nicht bei uns erhoben wurden, sowie über das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling und ggf. aussagekräftigen Informationen zu deren Einzelheiten verlangen.
- Gemäß Artikel 16 EU-DSGVO können Sie die unverzügliche Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten verlangen.
- Gemäß Artikel 17 EU-DSGVO können Sie die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist.
- Gemäß Artikel 18 EU-DSGVO können Sie die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten von Ihnen bestritten wird oder die Verarbeitung unrechtmäßig ist, Sie aber deren Löschung ablehnen oder wir die Daten nicht mehr benötigen, Sie jedoch diese zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen.
- Gemäß Artikel 21 EU-DSGVO können Sie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen. Dieses Widerspruchsrecht ist das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die für die Wahrnehmung einer uns übertragenen Aufgabe erforderlich ist, die im öffentlichen Interesse liegt oder in Ausübung öffentlicher Gewalt erfolgt, Widerspruch einzulegen; dies gilt auch für ein auf diese Bestimmungen gestütztes Profiling. Wir verarbeiten die personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn, wir können zwingende schutz- würdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die die Interessen, Rechte und Freiheiten Ihrer Person überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.
- Gemäß Artikel 20 EU-DSGVO können Sie Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns per Einwilligung bereitgestellt haben und die wir automatisiert verarbeiten, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen verlangen (Recht auf Datenübertragbarkeit).
- Gemäß Artikel 77 EU-DSGVO können Sie sich bei einer Datenschutz- Aufsichtsbehörde beschweren. In der Regel können Sie sich hierfür an die Aufsichtsbehörde Ihres üblichen Aufenthaltsortes oder Arbeitsplatzes wenden. In Baden-Württemberg ist dies der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit.

Hiermit versichere ich, dass ich die Betroffenenrechte zum Datenschutz zur Kenntnis genommen habe.

Ort/ Datum

Name

Unterschrift

Angaben über die Praxisanleitung nach PflAPrV § 4 Praxisanleitung im Schuljahr 20__/___

Name des praktischen Ausbildungsträgers (TpA):
Name der Schülerin / des Schülers:
Klasse: Zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> 3BFP1 <input type="checkbox"/> 3BFP2 <input type="checkbox"/> 3BFP3
Name des praktischen Ausbildungsträgers (TpA) bzw. Name der Praxisstelle eines Pflichteinsatzes:
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Telefon, Fax, Mail)
Verantwortliche/-r für die Durchführung des Praxiseinsatzes (EL bzw. PDL):
Praktischer Einsatzort: <input type="checkbox"/> Orientierungseinsatz (Träger) <input type="checkbox"/> Pflichteinsatz pädiatrische Versorgung <input type="checkbox"/> Pflichteinsatz stationäre Akutpflege <input type="checkbox"/> Pflichteinsatz psychiatrische Versorgung <input type="checkbox"/> Vertiefungseinsatz beim Träger <input type="checkbox"/> Pflichteinsatz stationäre Langzeitpflege <input type="checkbox"/> Pflichteinsatz ambulante Pflege <input type="checkbox"/> 160 Stunden zur weiteren Verteilung

Die oben genannte Schülerin / der oben genannte Schüler wird von folgenden Praxisanleiterinnen/Praxisanleitern betreut:

Praxisanleiter/-in: (Name, Vorname)	Zutreffendes bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/> Staatl. geprüfte/-r Altenpfleger/-in mit mindestens einem Jahr Berufserfahrung im Anleitungsbereich und Qualifikation zur Praxisanleitung ¹ → Nachweis in Kopie beilegen <input type="checkbox"/> Staatl. geprüfte/-r Gesundheits- und Krankenpfleger/-in mit mindestens einem Jahr Berufserfahrung im Anleitungsbereich und Qualifikation zur Praxisanleitung ² → Nachweis in Kopie beilegen <input type="checkbox"/> Sonst. Zusatzqualifikation: → Nachweis in Kopie beilegen
Stellvertretende/r Praxisanleiter/-in: (Name, Vorname)	Zutreffendes bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/> Staatl. geprüfte/-r Altenpfleger/-in mit mindestens einem Jahr Berufserfahrung im Anleitungsbereich und Qualifikation zur Praxisanleitung ¹ → Nachweis in Kopie beilegen <input type="checkbox"/> Staatl. geprüfte/-r Gesundheits- und Krankenpfleger/-in mit mindestens einem Jahr Berufserfahrung im Anleitungsbereich und Qualifikation zur Praxisanleitung ² → Nachweis in Kopie beilegen <input type="checkbox"/> Sonst. Zusatzqualifikation: → Nachweis in Kopie beilegen

PflAPrV § 4 Praxisanleitung (1): Die Praxisanleitung erfolgt im Umfang von mindestens 10 Prozent der während eines Einsatzes zu leistenden praktischen Ausbildungszeit, geplant und strukturiert auf der Grundlage des vereinbarten Ausbildungsplanes.

.....
(Datum) (Unterschrift)

.....
(Stempel der Einrichtung)

¹ berufspädagogische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 300 Stunden und kontinuierliche, insbesondere berufspädagogische Fortbildung im Umfang von mindestens 24 Stunden jährlich [PflAPrV §4(3)] ODER Für Personen, die am 31. Dezember 2019 nachweislich über die Qualifikation zur Praxisanleitung nach § 2 Absatz 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung oder § 2 Absatz 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung verfügen, wird diese der berufspädagogischen Zusatzqualifikation gleichgestellt. [PflAPrV §4(3)] PflAPrV § 64 Fortgeltung der Berufsbezeichnung PflAPrV § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 Führen der Berufsbezeichnungen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie in der Altenpflege; ² Siehe Fußnote 1

Ärztliches Attest

über die Eignung zur Berufsausbildung als Pflegefachkraft

Frau/ Herr

geboren am: in:

ist heute von mir untersucht worden.

Ich habe festgestellt, dass die gesundheitliche Eignung für die berufliche Tätigkeit als
Altenpflegehelfer/-in vorliegt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift / Stempel
der Hausärztin / des Hausarztes

Einwilligung

Datenweitergabe an das Landratsamt als Auszubildende/r der Pflegeschule zur Planung der Pflichteinsätze im Rahmen der Generalistischen Pflegeausbildung (3BFP)

Erklärende Hinweise zum Formular:

Mit dem Ausbildungsvertrag muss ein Ausbildungsplan bei der Pflegeschule eingereicht werden, der die zeitliche Planung der Pflichteinsätze mit Angabe der Einsatzorte im Rahmen der Generalistischen Pflegeausbildung ausweist.

(vgl. u.a. § 7 [Durchführung der praktischen Ausbildung] und § 8 Abs. 3 PflBRefG:

Der Träger der praktischen Ausbildung hat über Vereinbarungen mit den weiteren an der praktischen Ausbildung beteiligten Einrichtungen zu gewährleisten, dass 1. die vorgeschriebenen Einsätze der praktischen Ausbildung in den weiteren an der praktischen Ausbildung beteiligten Einrichtungen durchgeführt werden können und 2. die Ausbildung auf der Grundlage eines Ausbildungsplans zeitlich und sachlich gegliedert so durchgeführt werden kann, dass das Ausbildungsziel in der vorgesehenen Zeit erreicht werden kann.)

Die zeitliche Planung der Pflichteinsätze mit Ausweisung der Einsatzorte kann auf Wunsch des Trägers der praktischen Ausbildung die Kreiskoordinatorin des Landratsamtes des Neckar-Odenwald-Kreises übernehmen.

Hierzu benötigen wir die Einwilligung des/der Auszubildenden und des Trägers der praktischen Ausbildung in die Übergabe der notwendigen Daten an das Landratsamt und an die Pflichteinsatzstellen.

Die folgende Einwilligungserklärung seitens des/der Auszubildenden ist mit dem Aufnahmeantrag bei der Pflegeschule einzureichen. Wird vom TpA eine Planung der Einsätze gewünscht, stellt dieses Formular gleichzeitig eine Beauftragung der Dienstleitung der Kreiskoordinatorin des Neckar-Odenwalds dar. Diese Leistung ist kostenpflichtig. Die/der Auszubildende ist verpflichtet, bei Abbruch der Ausbildung diesen Tatbestand auch an die Kreiskoordinatorin

Sabrina.Maertz-Honisch@neckar-odenwald-kreis.de zu melden, damit keine Kosten für die weitere Planung entstehen.

Einwilligung Auszubildende*r

Hiermit gebe ich, _____ ,
Auszubildende*r

mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten (Name, Geburtsdatum und Anschrift) zur Planung meiner Pflichteinsätze im Rahmen der Generalistischen Pflegeausbildung an das Landratsamt des Neckar-Odenwald-Kreises und an die Pflichteinsatzstellen weitergegeben werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift Auszubildende*r

Unterschrift Erziehungsberechtigte

Bitte vermerken Sie Besonderheiten, die für die Planung der Außeneinsätze wichtig sind auf der folgenden Seite.

Sollte der Platz nicht reichen, verwenden Sie bitte ein Zusatzblatt. Bitte achten Sie auf Leserlichkeit-

Für die/den Auszubildende/n

Name des/der Auszubildenden:

E-Mail-Adresse:

Handynummer:

Ich habe ein Kind/mehrere Kinder, das/die in die/den Krippen/Kindergarten geht/en. Denken Sie bitte bei der Angabe daran, dass Sie in der Regel zwischen 25-30 Urlaubstage haben. Folgende Schließtage sind zu berücksichtigen

Sommerferien: 1.-3. Woche 4.-6. Woche

Sonstige Ferien:

Ich habe ein Kind/mehrere Kinder, das/die in die Grundschule geht/en. Folgende Ferientermine sind zu beachten. Denken Sie bitte bei der Angabe daran, dass Sie in der Regel zwischen 25-30 Urlaubstage haben.

Folgende Ferien und Termine sind zu beachten:

Ich bin pflegende/r Angehörige/r und daraus ergeben sich folgende Besonderheiten bei der Planung des praktischen Ausbildungsplanes.

Bitte berücksichtigen Sie, dass ich noch minderjährig bis zum _____ bin, sodass ich nur mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zu den Außeneinsätzen gelangen kann.

Ich verfüge über einen Führerschein und besitze ein Auto, sodass ich mobil bin und zu Außeneinsätzen fahren kann.

Folgende Einrichtungen würde ich mir für die Außeneinsätze wünschen. Umsetzung nur im Einvernehmen mit dem TpA möglich!

1.-2. AD		Adresse bitte ergänzen
Orientierungseinsatz	400 Stunden	TpA
Ambulanter Einsatz	400 Stunden	
Stationärer Einsatz	400 Stunden	
Akutpflege/KH	400 Stunden	
Pädiatrie	120 Stunden	
3. AD		
Vertiefungseinsatz	500 Stunden	TpA
Psychiatrie	120 Stunden	
Weiterer Einsatz	80 Stunden	
Zur freien Verteilung im Versorgungsbereich des Vertiefungseinsatzes	80 Stunden	

Die von Ihnen angegebenen Auskünfte werden im Einvernehmen mit Ihrem TpA, wenn möglich, umgesetzt. Es gibt keinen rechtlichen Anspruch auf die Berücksichtigung.

Einwilligung

Datenweitergabe an das Landratsamt als Koordinierungsstelle zur Planung der Pflichteinsätze im Rahmen der Generalistischen Pflegeausbildung (3BFP)

Erklärende Hinweise zum Formular

Mit dem Ausbildungsvertrag muss ein Ausbildungsplan bei der Pflegeschule eingereicht werden, der die zeitliche Planung der Pflichteinsätze mit Angabe der Einsatzorte im Rahmen der Generalistischen Pflegeausbildung ausweist.

(vgl. u.a. § 7 [Durchführung der praktischen Ausbildung] und § 8 Abs. 3 PflBRefG:

Der Träger der praktischen Ausbildung hat über Vereinbarungen mit den weiteren an der praktischen Ausbildung beteiligten Einrichtungen zu gewährleisten, dass 1. die vorgeschriebenen Einsätze der praktischen Ausbildung in den weiteren an der praktischen Ausbildung beteiligten Einrichtungen durchgeführt werden können und 2. die Ausbildung auf der Grundlage eines Ausbildungsplans zeitlich und sachlich gegliedert so durchgeführt werden kann, dass das Ausbildungsziel in der vorgesehenen Zeit erreicht werden kann.)

Die zeitliche Planung der Pflichteinsätze mit Ausweisung der Einsatzorte kann auf Wunsch des Trägers der praktischen Ausbildung die Kreiskoordinatorin des Landratsamtes des Neckar-Odenwald-Kreises übernehmen.

Hierzu benötigen wir die Einwilligung des/der Auszubildenden und des Trägers der praktischen Ausbildung in die Übergabe der notwendigen Daten an das Landratsamt und an die Pflichteinsatzstellen.

Die folgende Einwilligungserklärung seitens des Trägers der praktischen Ausbildung ist mit dem Aufnahmeantrag bei der Pflegeschule einzureichen. Wird eine Planung gewünscht, stellt dieses Formular gleichzeitig eine Beauftragung der Dienstleitung der Kreiskoordinatorin des Neckar-Odenwalds dar. Diese Leistung ist kostenpflichtig und wird dem Träger der praktischen Ausbildung in Rechnung gestellt. Sollten Sie die Leistungen nicht mehr in Anspruch nehmen wollen, ist eine Stornierung unter: Sabrina.Maertz-Honisch@neckar-odenwald-kreis.de notwendig. Bereits erbrachte Leistungen werden dem TpA immer in Rechnung gestellt.

Einwilligung Träger der praktischen Ausbildung

Name des/der Auszubildenden

Bitte auswählen:

- Wir wünschen **eine Planung** der Pflichteinsätze durch die Kreiskoordinatorin.
- Wir wünschen **keine Planung** der Pflichteinsätze durch die Kreiskoordinatorin. Wir koordinieren die Pflichteinsätze selbst und reichen die Planung der Pflichteinsätze mit dem Ausbildungsvertrag bei der Pflegeschule ein. **Beachten Sie dazu die angehängte Vorlage. Eingereichte Pläne werden nur im entsprechenden Format akzeptiert.**

Hiermit geben wir, _____ ,
Name des Trägers der praktischen Ausbildung

unser Einverständnis, dass unsere Daten (Name, Anschrift, Ansprechpartner*in) zur Planung der Pflichteinsätze unseres/r o.g. Auszubildenden im Rahmen der Generalistischen Pflegeausbildung an das Landratsamt des Neckar-Odenwald-Kreises und an die Pflichteinsatzstellen weitergegeben werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift Träger der praktischen Ausbildung + Stempel

Für den Träger der praktischen Einrichtung

Name der/des Ansprechpartnerin/s:

E-Mail-Adresse:

Handynummer:

Mit folgenden Einrichtungen kooperieren wir bereits oder wird eine Kooperation für die Außeneinsätze gewünscht.

1.-2. AD		Adresse bitte ergänzen
Orientierungseinsatz	400 Stunden	TpA
Ambulanter Einsatz	400 Stunden	<input type="checkbox"/> Kooperation liegt vor <input type="checkbox"/> Kooperation wird gewünscht
Stationärer Einsatz	400 Stunden	<input type="checkbox"/> Kooperation liegt vor <input type="checkbox"/> Kooperation wird gewünscht
Akutpflege/KH	400 Stunden	<input type="checkbox"/> Kooperation liegt vor <input type="checkbox"/> Kooperation wird gewünscht
Pädiatrie	120 Stunden	<input type="checkbox"/> Kooperation liegt vor <input type="checkbox"/> Kooperation wird gewünscht
3. AD		
Vertiefungseinsatz	500 Stunden	TpA
Psychiatrie	120 Stunden	<input type="checkbox"/> Kooperation liegt vor <input type="checkbox"/> Kooperation wird gewünscht
Weiterer Einsatz	80 Stunden	<input type="checkbox"/> Kooperation liegt vor <input type="checkbox"/> Kooperation wird gewünscht
Zur freien Verteilung im Versorgungsbereich des Vertiefungseinsatzes	80 Stunden	<input type="checkbox"/> Kooperation liegt vor <input type="checkbox"/> Kooperation wird gewünscht

NOK-LOGO

Bitte beachten Sie bei der Koordination folgende Besonderheiten bei der Urlaubsplanung der SchülerInnen.

	Ausbildungsdrittel
1. AD	
2. AD	
3. AD	

Die von Ihnen angegebenen Auskünfte werden im Einvernehmen mit den Außeneinsatzstellen und der Schule, wenn möglich, umgesetzt. Es gibt keinen rechtlichen Anspruch auf die Berücksichtigung.

Muster für die Erstellung selbstkoordinierter praktischer Ausbildungspläne

Auf der Homepage kann die Vorlage als Excel heruntergeladen werden, bitte unbedingt beide Sheets bearbeiten!

Ausbildungsplan ab 01.08.

Schülername

KW	1. AJ 2022/2023	2. AJ 2023/2024	3. AJ 2024/2025
31	Orient.ph.	Urlaub	Vert.einsatz
32	Orient.ph.	APH	Vert.einsatz
33	Orient.ph.	APH	Urlaub
34	Orient.ph.	AD	Urlaub
35	Orient.ph.	AD	Psych.
36	Urlaub	AD	Psych.
37	Orient.ph.	AD	Psych.
38	Orient.ph.	AD	Psych.
39	Orient.ph.	AD	Psych.
40	Orient.ph.	AD	weiterer Einsatz
41	Orient.ph.	AD	weiterer Einsatz
42	Orient.ph.	AD	weiterer Einsatz
43	Orient.ph.	AD	weiterer Einsatz
44	Urlaub	AD	weiterer Einsatz TPA
45	Orient.ph.	AD	weiterer Einsatz TPA
46	Orient.ph.	AD	weiterer Einsatz TPA
47	Orient.ph.	AD	Vert.einsatz
48	Orient.ph.	AD	Vert.einsatz
49	Orient.ph.	AD	Vert.einsatz
50	Orient.ph.	AD	Vert.einsatz
51	Orient.ph.	AD	Vert.einsatz
52	APH	Urlaub	Urlaub
1	Urlaub	Päd	Vert.einsatz
2	APH	Päd	Vert.einsatz
3	APH	Päd	Vert.einsatz
4	APH	APH	Vert.einsatz
5	APH	APH	Vert.einsatz
6	APH	APH	Vert.einsatz
7	APH	APH	Vert.einsatz
8	Urlaub	APH	Vert.einsatz
9	APH	APH	Vert.einsatz
10	APH	APH	Vert.einsatz
11	APH	APH	Vert.einsatz
12	KH	APH	Vert.einsatz
13	KH	Urlaub	Vert.einsatz
14	KH	APH	Vert.einsatz
15	KH	APH	Vert.einsatz
16	KH	APH	Urlaub
17	KH	APH	Urlaub
18	KH	APH	Vert.einsatz
19	KH	APH	Vert.einsatz
20	KH	APH	Vert.einsatz
21	KH	APH	Vert.einsatz
22	KH	Urlaub	Vert.einsatz
23	KH	APH	Vert.einsatz
24	KH	APH	Vert.einsatz
25	KH	APH	Urlaub
26	KH	APH	Vert.einsatz
27	KH	APH	Vert.einsatz
28	KH	APH	Vert.einsatz
29	KH	APH	Vert.einsatz
30	Urlaub	APH	Vert.einsatz

Ferien		
Orientierungseinsatz	ambulante Pflege	pädiatrische Versorgung
stationäre Langzeitpflege	stationäre Akutpflege	psychiatrische Versorgung
Vertiefungseinsatz	weiterer Einsatz	weiterer Einsatz TPA