

Checkliste Pflegepraktikum

Name	
Vorname	
Straße	
PLZ, Wohnort	
Geburtsdatum / -ort	
E-Mail	
Telefonnummer	
Geschlecht / Staatsangehörigkeit	

Praktikum von (Datum)	
Praktikum bis (Datum)	
Gewünschter Einsatzort	<input type="checkbox"/> Erwachsenenstation <input type="checkbox"/> Kinderstation (nur St. Marien-Hospital) <input type="checkbox"/> Geburtshilfe (nur St. Marien-Hospital) <input type="checkbox"/> beliebig
Anlass des Praktikums	<input type="checkbox"/> Freiwilliges Praktikum <input type="checkbox"/> Schulpraktikum <input type="checkbox"/> Praktikum im Rahmen Medizinstudium <input type="checkbox"/> Ausbildung im Rettungsdienst <input type="checkbox"/> Im Rahmen Bewerbungsverfahren Ausbildung <input type="checkbox"/> Sonstige:

Bestätigung

Ich bestätige die Korrektheit der von mir gemachten Angaben.

Ich bestätige, dass ich das Informationsblatt zum Praktikum gelesen und verstanden habe; dies umfasst insbesondere die Informationen zu Datenschutz und Verschwiegenheitspflicht, sowie zur Hygiene und die Tätigkeitsbeschreibung.

Unterschrift Praktikant/Praktikantin

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)
(noch nicht volljährige Bewerber*innen)

Durch die GFO Kliniken Bonn auszufüllen

Betriebsstätte:			
Einsatzbereich:			
Von:		Bis:	
Volljährigkeit:		Status:	