



Kommunaler Sozialverband Sachsen
FD 150
Humboldtstraße 18
04105 Leipzig

Bestätigung zum Vertiefungseinsatz nach Pflegeberufegesetz

Als Träger der praktischen Ausbildung bestätigen wir, dass

Name, Vorname

geb. am _____ in _____,

einen Vertiefungseinsatz* nach § 7 Abs. 4 Satz 1 Pflegeberufegesetz im Bereich der

- Stationären Akutpflege,
- Stationären Langzeitpflege,
- Ambulanten Akut- und Langzeitpflege,
- Pädiatrischen Versorgung oder
- Psychiatrischen Versorgung (allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrischen Versorgung)

in unserer Einrichtung absolviert hat. (* Zutreffendes bitte ankreuzen)

Der o. g. Vertiefungseinsatz wurde in folgender Einrichtung absolviert:

Name und Anschrift der Einrichtung

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift
Träger der praktischen Ausbildung