

Praktikumsjournal

Name Kursteilnehmerin:

1. Anzahl Behandlungen

Datum/ Woche	Anzahl Behandlungen	Initialen des Patienten / Pat- Nummer / KG-Nummer

2. Befundete Patientenfälle

Datum	Initialen / Pat- Nummer / KG-Nummer	Behandlung
	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	5.	
	6.	
	7.	
	8.	
	9.	
	10.	
	11.	
	12.	
	13.	
	14.	
	15.	
	16.	
	17.	
	18.	
	19.	
	20.	
	21.	
	22.	
	23.	
	24.	
	25.	
	26.	

	27.	
	28.	
	29.	
	30.	

Zusammenfassung der Praktikumsleistung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben:

Unterschrift Praktikantin

Unterschrift und Stempel Praxisinhaber

**Bitte dieses Journal im 2. Kursteil mitbringen.
Die Erfüllung der Mindestanzahl Behandlungen von 70 und die Abgabe von 30
Befundfällen gilt als Voraussetzung für die Zulassung zur Abschlussprüfung.**