II. Detaillierter Stundenachweis

VARIANTE A (nach Patienten*innen geordnet)

Name der/ des Praktikanten*in _____

Universität: _____

Studiengang: _____

Einrichtung: _____

Anleiter*innen: _____

Zeitraum: _____

Patient*in (Initialen)	Indikations-schlüssel	Diagnose	Datum	Stunden	
				hospitiert	supervidiert

Fortsetzung: Seite ____: detaillierter Stundennachweis (nach Patienten*innen geordnet)

Patient*in (Initialen)	Indikations-schlüssel	Diagnose	Datum	Stunden	
				hospitiert	supervidiert