



PRAKTIKUMSANSUCHEN

Wir verarbeiten Ihre Daten ausschließlich auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen (DSGVO, DSGVO 2000).

Name:

Adresse:

Telefonnummer: E-Mail Adresse:

Ich befinde mich in der Ausbildung zum/zur:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson | <input type="checkbox"/> OP-Assistenz |
| <input type="checkbox"/> Pflegeassistenz | <input type="checkbox"/> Ordinationsassistenz |
| <input type="checkbox"/> Pflegefachassistenz | <input type="checkbox"/> Medizinische:r Masseur:in |
| <input type="checkbox"/> Diätologie | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Biomedizinische Analytik | |

Ausbildungsinstitution / Beschäftigt bei:

Adresse:

Ausbildungsjahr / Semester:

Zeitraum des Praktikums (von-bis): Gesamtstundenanzahl:

Praktikumswunsch:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Konservatives Berufspraktikum | <input type="checkbox"/> Operatives Berufspraktikum |
| <input type="checkbox"/> | |

Begründung für die Wahl des Praktikums:

.....
.....
.....

Datum: Unterschrift:

Dem Praktikumsansuchen muss ein ärztliches Attest über die Immunität bzw. aufrechte Immunisierung beigelegt werden. Bitte haben Sie Verständnis, dass nur vollständige Ansuchen berücksichtigt werden können und die Bearbeitung bis zu zwei Wochen dauern kann.