

1.

## Infos zum Praktikum

Wo möchten Sie das Praktikum absolvieren?

Biberach	<input type="checkbox"/> Kreisklinik	<input type="checkbox"/> Kreispflegeheim
	<input type="checkbox"/> Kreisklinik für Geriatrische Rehabilitation	
Laupheim	<input type="checkbox"/> Kreisklinik	<input type="checkbox"/> Kreispflegeheim
Riedlingen	<input type="checkbox"/> Kreisklinik	<input type="checkbox"/> Kreispflegeheim

Wann möchten Sie das Praktikum absolvieren?

Zeitraum  Dauer  (mind. 1 Woche)

Art des Praktikums

Schülerpraktikum > von der Schule veranlasst. Mindestalter 14 Jahre.  
(BOGY ab Klasse 10: pflegerisch oder ärztlich)  
BORS, BOGY, soziales Engagement

Telefon Sekretariat

Name der Schule  Praktikumsleiter

Straße, Hausnummer  Klassenstufe

PLZ, Ort

---

Berufsfindungspraktikum > Eigeninitiative, Mindestalter 15 Jahre

---

Praktikum im Rahmen eines Medizinstudiums

---

Praktikum im Rahmen einer Ausbildung

---

Sonstiges Praktikum

2.

## Zu Ihrer Person

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum, Ort

Familienstand  
 ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Religion  
 evangelisch  katholisch

Staatsangehörigkeit

Gesetzlicher Vertreter  
 Eltern  Vater  Mutter  Vormund

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort



3.

### Weitere Infos zum Praktikum

Bereich

- |                                                         |                                            |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Altenpflege                    | <input type="checkbox"/> Ergotherapie      |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflege | <input type="checkbox"/> Logopädie         |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie                 | <input type="checkbox"/> Sonstiger Bereich |

Ist das Praktikum Bestandteil eines Studiums oder einer Berufsausbildung?

- ja >>  vor oder  während eines Studiums / einer Ausbildung  
 nein

Ist das Praktikum Bestandteil in einer Ausbildungs- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben?

- ja >> bitte Kopie der Prüfungs- oder Studienordnung beifügen  
 nein

Haben Sie zuletzt eine Schule besucht?

- ja >> Datum der Schulentlassung   
 nein

Welche Tätigkeiten haben Sie vor dem Praktikum ausgeübt oder üben Sie während diesem aus?

von  bis

---

von  bis

Welche Tätigkeit möchten Sie nach dem Praktikum ausüben?

- |                                     |                                          |
|-------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ausbildung | <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit |
| <input type="checkbox"/> Schule     | <input type="checkbox"/> Studium         |



Motivation für das Praktikum (bitte in ganzen Sätzen schreiben)

Ort, Datum



Bitte senden Sie dieses Formular an den Standort, an dem Sie ihr Praktikum absolvieren möchten.

Biberach: [stefanie.wetzel@kliniken-bc.de](mailto:stefanie.wetzel@kliniken-bc.de)

Laupheim: [simone.engels@kliniken-bc.de](mailto:simone.engels@kliniken-bc.de)

Riedlingen: [maria.grab@kliniken-bc.de](mailto:maria.grab@kliniken-bc.de)