

---

## PRAXIS DER HEILERZIEHUNGSPFLEGE

### Genehmigung für die Durchführung eines Praxisbesuchs

(Die Genehmigung ist spätestens **1 Woche vor dem Praxisbesuch** bei der jeweiligen Praxisanleitung abzugeben!)

**Name Fachschüler\*in:**

---

**Kurs:**

---

**Praxisstelle:**

---

**Datum Praxisbesuch:**

---

**Praxisanleiter\*in:**

---

**Name Einrichtungsleitung:**

---

Hiermit genehmigen wir dem\*der oben genannten Praxisanleiter\*in der Dr. Maria-Probst-Schule, die Einrichtung zum Zweck eines Praxisbesuchs am oben genannten Datum durchzuführen.

Hierfür gelten folgende Voraussetzungen:  
(Bitte zutreffendes ankreuzen)

Einhalten der 3G Regel (wer nicht geimpft oder genesen ist, muss einen gültigen Antigen-Schnelltest nicht älter als 24 Stunden oder PCR-Test nicht älter als 48 Stunden vorlegen)

Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes

FFP 2

medizinische Maske

Einhaltung des Mindestabstandes von 1,5 Metern, sofern dies möglich ist

Der Praxisbesuch ist nicht möglich, weil:

Anmerkungen (z.B.: Besondere Vorgaben der Einrichtung im Rahmen des Hygienekonzepts)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Einrichtungsleitung