

Praxisstelle:

An die  
Hochschule Neubrandenburg  
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management  
- Immatrikulations- und Prüfungsamt -  
Brodaer Str. 2  
17033 Neubrandenburg

**Bescheinigung über das abgeleistete Praxissemester**

Name, Vorname der/des Studierenden:	
Geburtsdatum:	
Dauer des Praktikums (Datum und Wochenanzahl):	von                      bis                      Wochen
Fehlzeiten:	

Name und Berufsbezeichnung der/des verantwortlichen Praxisanleiterin/Praxisanleiters:

.....  
.....

Aufgabenbereiche und Einsatzgebiete der Praktikantin/des Praktikanten:

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

.....  
Datum

.....  
Stempel der Praxisstelle und Unterschrift des Praxisanleiters