|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name des/der KOSMO Studierenden |  | | |
| Matrikelnummer |  | Laufende Seitennummer |  |
| Firma |  | Ausbildungsberuf |  |
| Jahr / Kalenderwoche |  | Abteilung |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum / Wochentag | Tätigkeitbeschreibung im Sinne der FPO 2018 Medizininformatik für das Praktikum in einer Einrichtung des Gesundheitswesens | | Zeitlicher Umfang (mind. ein halber Arbeitstag) | Unterschrift des/der Ausbil­dungs­leiter/-in |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  | | **Summe** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Anerkennungs­vermerke |  |
| Unterschrift des/der Studierenden |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort |  | Datum |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Unterschrift des/der Zeichnungsberechtigten |  | Firmenstempel |