



Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft
für Außerklinische Beatmung

Praktikumsbestätigung KLINISCHE Einrichtung
„Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung/DIGAB“ (Basiskurs)

(Frist zur Erledigung: max. 12 Monate ab Fortbildungsbeginn)

Name, Vorname Praktikant/in: _____ Geb.-Datum: _____

Name des Kursanbieters: _____

Klinische Einrichtung: _____

Station: _____

Praktikumszeitraum (TT.MM.JJ. – TT.MM.JJ): _____

(mindestens 16 bzw. 40 Stunden)

Hiermit wird bestätigt, dass oben genannte/r Praktikant/in im angegebenen Zeitraum in unserer Einrichtung hospitierte.

Die Station erfüllt die Bedingungen nach DIGAB-Curriculum (Internistische oder interdisziplinäre Intensivstation oder spezialisierte Intensivstation für Weaningpatienten bzw. außerklinisch beatmete Patienten).

Bestätigung Mentor der klinischen Einrichtung:

Unterschrift, Stempel

Unterschrift Praktikant/in:
