Anschrift der Hospitationseinrichtung:

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

Bescheinigung über die abgeleistete Hospitation im Schwerpunkt Praxisanleitung

- im Modul MVP.20.017 Professionelle Beziehungsgestaltung

Name, Vorname der*des Studierenden:	
Geburtsdatum:	
Dauer des Hospitationseinsatzes:	Datum: von bis insgesamt Stunden (á 60 Minuten)

Name und Berufsbezeichnung verantwortliche*r Praxisanleiter*in

.....

.....

Aufgabenbereiche und Einsatzgebiete Hospitant*in:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum

Stempel der Hospitationseinrichtung und Unterschrift Praxisanleiter*in