

Name, Adresse der Organisation / der Praktikumsstelle /
Stempel der Einrichtung

**PRAKTIKUMSBESTÄTIGUNG und – RÜCKMELDUNG
Berufstätigenform**

Zur Vorlage an der SOB-Klagenfurt.Behindertenbegleitung
9020 Klagenfurt, Viktringer Ring 36, 9020 Klagenfurt, Tel.: 0463/511404

Praktikant*in: _____

- Fachausbildung**
 Diplomausbildung

Dauer des
Praktikums von _____ bis _____

Stundenanzahl: _____

Arbeitsfeld:

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wohnbereich | <input type="checkbox"/> geistige Behinderung /Mehrfachbeh. | <input type="checkbox"/> Kinder |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsbereich | <input type="checkbox"/> körperliche Behinderung | <input type="checkbox"/> Jugendliche |
| <input type="checkbox"/> anderer Bereich (welcher?) | <input type="checkbox"/> psychische Behinderung | <input type="checkbox"/> Erwachsene |
| | <input type="checkbox"/> anderer Bereich (welcher?) | <input type="checkbox"/> Senioren |

Praktikumsanleiter*in (Wem war der/die Praktikant*in zugeteilt?):

Aufgaben:	
Aufgaben bzw. Lernerfahrungen	

A. Allgemeiner Eindruck	
Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, Umsichtigkeit, Umgangsformen, ...	
B. Fähigkeiten	
Einsatzbereitschaft, Einbringen von Ideen, Stabilität, Interesse, ...	
C. Kontakt (zu Betreuten u. Mitarbeitern)	
Beziehungs- u. Kommunikationsfähigkeit, Reflexionsbereitschaft, Umgang mit Kritik, ...	
D. Gesamteindruck	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Halten Sie ihn/sie für dieses Arbeitsgebiet für geeignet? 2. Wo sehen Sie Entwicklungs- und Verbesserungsmöglichkeiten? 	

Unterschrift d. Praktikant*in

Datum

Unterschrift d. Praktikumsanleiter*in