

## Zielvereinbarung für Praktika im Rahmen des Studiengangs Pflegepädagogik M.A.

*Die Zielvereinbarung muss vor Beginn, spätestens am 1. Tag des Praktikums erfolgen*

### **Studierende(r)**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße, Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_  
Matrikelnummer \_\_\_\_\_

### **Praktikumsstelle**

Name \_\_\_\_\_  
vertreten durch (Name, Vorname) \_\_\_\_\_  
Straße, Ort \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

### **Zuständige(r) Mentor(in) an der Praktikumeinrichtung**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Funktion \_\_\_\_\_  
Berufliche Qualifikation \_\_\_\_\_

### **Darstellung/Beschreibung der Ziele und Inhalte**

- Einblick in Organisation und Verwaltung
- Kennenlernen der vorhandenen Unterrichtsmittel
- Teilnahme an Besprechungen
- Unterrichtshospitationen
- Erteilen eigenen Unterrichts
- Teilnahme an fachpraktischer Anleitung

weitere Ziele/Inhalte:

**Lernorte**

**Arbeitsfelder**

**Zeitliche Gliederung des Praktikums**

**Terminierung Zwischengespräch und Endgespräch**

Erstgespräch \_\_\_\_\_  
Zwischengespräch \_\_\_\_\_  
Endgespräch \_\_\_\_\_

**Teilnahme an Fort-/Weiterbildung (sofern möglich)**

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Praktikumeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Mentorin/Mentors

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Studierenden

---

**Eingang PH Schwäbisch Gmünd:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_