

PRAKTIKUMSBEURTEILUNG



Schüler:in: _____

Schule mit Anschrift: _____

Apotheke: _____

Betreuer:in innerhalb der Apotheke: _____

Praktikumszeitraum: vom _____ bis zum _____

BEURTEILUNG

	sehr gut	gut	ausreichend	mangelhaft
Teamverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pünktlichkeit & Zuverlässigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interesse & Motivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffassungsgabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikationsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigeninitiative & Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Anmerkungen: _____

Fehltage insges.: davon entschuldigt: unentschuldigt:

Vielen Dank, dass Sie bei uns waren, um unseren Apothekenbetrieb kennenzulernen.
Wir wünschen Ihnen für Ihre Zukunft viel Erfolg und alles Gute.

Ort, Datum

Unterschrift Betreuer:in / Stempel der Apotheke