

**Qualifikationsverfahren Assistentin/Assistent Gesundheit und Soziales EBA**  
**Individuelle praktische Arbeit (IPA)**  
**Ablaufplanung / Aufgabenstellung**

2019

Name / Vorname: \_\_\_\_\_ Lehrvertragsnummer: \_\_\_\_\_

Betrieb: \_\_\_\_\_

Zeit von bis	Nummer der Handlungskompetenz	Aufgabenstellung (von der/dem Berufsbildner/in ausgefüllt)
<b>PRÜFUNGSBEGINN</b>		
<b>PRÜFUNGSSENDE</b>		