

**Berichtsheft**  
nach § 7 Abs. 3 der Ausbildungs- und Prüfungsordnung  
für sozialmedizinische Assistenten/Assistentinnen (APO-SMA)  
vom 31. März 1994

Name:

Ausbildungsbehörde:

| Dienststelle/<br>Einrichtung | Datum |     | Sachgebiet der praktischen Tätigkeit<br>und Einzelheiten der Beschäftigung | Sichtvermerk |
|------------------------------|-------|-----|--|--------------|
|                              | von   | bis |  |              |