

**Anlage 1****Berichtsheft**

nach § 7 Absatz 3 der Ausbildungs- und Prüfungsordnung  
für sozialmedizinische Assistentinnen/Assistenten (APO-SMA)  
vom 14. April 2015

Name: Ausbildungsbehörde:

Dienststelle/ Einrichtung	Datum von bis	Sachgebiet der praktischen Tätigkeit und Einzelheiten der Beschäftigung	Sichtvermerk
------------------------------	------------------	--	--------------