

# Praktikumsstunden Rapportblatt

**Angaben des Praktikanten:** (Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen)

Name **Ryser**  
 Vorname **Nancy**  
 Dauer des Praktikums (von/bis) **Nov - Mai**

**Angaben der Praxis:**

Praxisname **SOFEA, Schweiz für Fytotherapie und Akupunktur** Telefon **0044 207 383 5553**  
 Strasse/Nr. **13 Mandela St.** SBO-TCM A-Mitglied:  Ja  Nein  
 PLZ/Ort **London NW1 0DU England** In:  H  A  D  T

Datum	Zeit		Anzahl Stunden												Visum Praktikumsleiter	
	Von	Bis	Observation				Assistenz				Behandlung					
			H	A	D	T	H	A	D	T	H	A	D	T		
3.11.06	10.00	16.00		✓												Non Fragile Principal, SOFEA Fytotherapie Akupunktur
1.12.06	10.00	16.00		✓												
2.2.07	10.00	16.00		✓												
2.5.07	9.00	19.00										✓				
3.5.07	8.30	15.00										✓			} Switzerland	
			England													
<b>Total Stunden Herbalistik</b>															H = Herbalistik A = Akupunktur D = Diätetik T = Tuina	
<b>Total Stunden Akupunktur</b>														18		
<b>Total Stunden Diätetik</b>														16 1/2		
<b>Total Stunden Tuina</b>																
<b>Gesamte Stundenanzahl</b>														18 Std		
														16 1/2 Std		

Unterschrift Praktikant

*Ryser*

Ort/Datum

*Basel, 2.5.07*

Unterschrift Praktikumsleiter

*Non Fragile*