

## Stundennachweise - Pflichteinsätze und weitere Einsätze

Einsatzort (Einrichtung, Abteilung/Station): \_\_\_\_\_

- Stationäre Akutpflege
  Stationäre Langzeitpflege
  Ambulante Akut-/Langzeitpflege  
 Weitere Einsätze: \_\_\_\_\_

Tag und Datum	Tägliche Arbeitszeit ohne Pause	Sonntags-Stunden (0:00–0:00)	Samstags-Stunden (13:00–21:00)	Nacht-stunden (21:00–06:00)	Feiertage (0:00–0:00)	Silvester, Heiligabend (06:00–0:00)
<b>Summe</b>						

Kennntnisnahme durch die/den Auszubildende/-n bzw. gesetzlicher Vertretung

Datum Fehlitage: \_\_\_\_\_ Gesamtstunden: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift  
Ansprechperson

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift  
Auszubildende/r

