

**Ausbildungscampus Gesundheit Bensberg (AcGB)**  
**Abt. Katholische Krankenpflegeschule Bergisches Land**

Krankenhaus:

Stundennachweis für Monat: **November**

Jahr: **2016**

Schüler / in: \_\_\_\_\_

Kurs: \_\_\_\_\_

			Arbeitszeit		Na.	Arbeitszeit		Pause	Über					Station
			von....	bis....	Wa.	Std	min	min	Std.	Sch	FT	Ur	kr	
Da.	Wo.													
1.	A.Hl.	Di												
2.		Mi												
3.		Do												
4.		Fr												
5.		Sa												
6.	45.	So												
7.		Mo												
8.		Di												
9.		Mi												
10.		Do												
11.		Fr												
12.		Sa												
13.	46.	So												
14.		Mo												
15.		Di												
16.		Mi												
17.		Do												
18.		Fr												
19.		Sa												
20.	47.	So												
21.		Mo												
22.		Di												
23.		Mi												
24.		Do												
25.		Fr												
26.		Sa												
27.	48.	So												
28.		Mo												
29.		Di												
30.		Mi												

- Na > Nachtdienst
- Sch > Schule
- FT > Freier Tag
- Ur > Urlaub
- kr > krank
- Db > Dienstbefreiung

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ SchülerIn

\_\_\_\_\_ Unterschrift der Stationsleitung/VertreterIn/PraxisanleiterIn