

# Ausbildungscampus Gesundheit Bensberg (AcGB)

## Abt. Katholische Krankenpflegeschule Bergisches Land

Krankenhaus:

Stundennachweis für Monat: **April**

Jahr: **2017**

Schüler / in: \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ SchülerIn

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