

# Ausbildungscampus Gesundheit Bensberg (AcGB)

## Abt. Katholische Krankenpflegeschule Bergisches Land

Krankenhaus:

Stundennachweis für Monat: **August**

Jahr: **2017**

Schüler / in: \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
SchülerIn

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