

Ausbildungscampus Gesundheit Bensberg (AcGB)

Abt. Katholische Krankenpflegeschule Bergisches Land

Krankenhaus:

Stundennachweis für Monat: **Dezember**

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.		Fr												
2.		Sa												
3.	49.	So												
4.		Mo												
5.		Di												
6.		Mi												
7.		Do												
8.		Fr												
9.		Sa												
10.	50.	So												
11.		Mo												
12.		Di												
13.		Mi												
14.		Do												
15.		Fr												
16.		Sa												
17.	51.	So												
18.		Mo												
19.		Di												
20.		Mi												
21.		Do												
22.		Fr												
23.		Sa												
24.	H.A.	So												
25.	Weih	Mo												
26.	Weih	Di												
27.	52.W.	Mi												
28.		Do												
29.		Fr												
30.		Sa												
31.	Sylv.	So												

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

Datum

SchülerIn

Unterschrift der Stationsleitung/VertreterIn/PraxisanleiterIn