

Ausbildungscampus Gesundheit Bensberg (AcGB)

Abt. Katholische Krankenpflegeschule Bergisches Land

Krankenhaus:

Stundennachweis für Monat: **Juni**

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.		Do												
2.		Fr												
3.		Sa												
4.	Pfings	So												
5.	Pfings	Mo												
6.	23.	Di												
7.		Mi												
8.		Do												
9.		Fr												
10.		Sa												
11.	24.	So												
12.		Mo												
13.		Di												
14.		Mi												
15.	Fronl.	Do												
16.		Fr												
17.		Sa												
18.	25.	So												
19.		Mo												
20.		Di												
21.		Mi												
22.		Do												
23.		Fr												
24.		Sa												
25.	26.	So												
26.		Mo												
27.		Di												
28.		Mi												
29.		Do												
30.		Fr												

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

_____ Datum

_____ SchülerIn

_____ Unterschrift der Stationsleitung/VertreterIn/PraxisanleiterIn