

Ausbildungscampus Gesundheit Bensberg (AcGB)

Abt. Katholische Krankenpflegeschule Bergisches Land

Krankenhaus:

Stundennachweis für Monat: **Oktober**

Jahr: **2017**

Schüler / in: _____

Kurs: _____

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

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

Datum

SchülerIn

Unterschrift der Stationsleitung/VertreterIn/PraxisanleiterIn