

Nachweis der geleisteten Nachtdienste

Name der/des Auszubildenden _____

| Nachtdienste | |
|--|---|
| Einrichtung | |
| <input type="checkbox"/> Träger der praktischen Ausbildung <input type="checkbox"/> Andere Einrichtung: | |
| <input type="checkbox"/> Stationäre Pflege | <input type="checkbox"/> Ambulante Pflege |
| <input type="checkbox"/> Akutpflege | <input type="checkbox"/> Langzeitpflege |
| <input type="checkbox"/> Wohnbereich: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Station: _____ | |
| Fachrichtung: _____ | |
| Nachtdienst vom _____ bis _____ Stunden _____ | |
| Datum / Unterschrift (Einrichtung) _____ | |
| Nachtdienste konnten nicht / nicht im Mindestumfang von 80 Stunden durchgeführt werden <input type="checkbox"/> aus Gründen gesetzlicher Bestimmungen zum Jugendarbeitsschutz / Mutterschutz <input type="checkbox"/> aus anderen Gründen, und zwar: _____ | |
| Datum / Unterschrift (Einrichtung) _____ | |
| Kenntnisnahme durch die/den Auszubildende/-n bzw. gesetzlicher Vertretung | |
| Datum / Unterschrift _____ | |