

Einsatz-Nr.: _____

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"/> Akutpflege Wohnbereich: _____ Station: _____ Fachrichtung: _____	<input type="checkbox"/> Ambulante Pflege <input type="checkbox"/> Langzeitpflege
Nachtdienst vom _____ bis _____ Stunden _____	
Datum / Unterschrift (Einrichtung) _____	

<p>Nachtdienste konnten nicht / nicht im Mindestumfang von 80 Stunden durchgeführt werden</p> <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 _____