



Name der/des Auszubildenden: _____ Kurs: _____

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
Wohnbereich: _____	
Station: _____	
Fachrichtung: _____	
Nachtdienst vom _____ bis _____ Stunden _____	
Datum / Unterschrift (Einrichtung)	

Nachtdienste konnten nicht / nicht im Mindestumfang von __ 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 _____

Planungshinweis:

Bitte planen Sie nur die auf der Übersicht zu den praktischen Einsätzen vorgegebenen Nachtdienste, da laut gesetzlicher Vorgabe eine Ausbildungszeit von mindestens 80 bis höchstens 120 Stunden vorgesehen ist.