Name der/des Auszubildenden_____

Nachtdienste

Einrichtung

☐ Träger der praktischen Ausbildung

☐ Andere Einrichtung:

☐ Stationäre Pflege ☐ Ambulante Pflege

☐ Akutpflege ☐ Langzeitpflege

☐ Wohnbereich: _____

☐ Station: _____

Fachrichtung: _____

Nachtdienst vom _____ bis _____; Stunden _____

Datum / Unterschrift (Einrichtung)

_____

Nachtdienste konnten nicht / nicht im Mindestumfang von 80 Stunden durchgeführt werden

☐ aus Gründen gesetzlicher Bestimmungen zum Jugendarbeitsschutz / Mutterschutz

☐ aus anderen Gründen, und zwar: _____

_____

Datum / Unterschrift (Einrichtung)

_____

Kenntnisnahme durch die/den Auszubildende/-n bzw. gesetzlicher Vertretung

Datum / Unterschrift _____