Name der/des Auszubildenden_____

Nachtdienste	
Einrichtung	
☐ Träger der praktischen Ausbildung ☐ Andere Einrichtung:	
☐ Stationäre Pflege ☐ Akutpflege Wohnbereich: _____ Station:_____ Fachrichtung: _____	☐ Ambulante Pflege ☐ Langzeitpflege
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 _____