

Name der/des Auszubildenden: _____

| | |
|--|--|
| Nachtdienste | |
| Einrichtung | |
| <input type="checkbox"/> Träger der praktischen Ausbildung | |
| <input type="checkbox"/> Andere Einrichtung: _____ | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Stationäre Pflege <input checked="" type="checkbox"/> Ambulante Pflege | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Akutpflege <input checked="" type="checkbox"/> 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 _____

