

Name der/des Auszubildenden: _____ Kurs: _____

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 den geplanten _____
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 _____

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.

Melden Sie sich bitte bereits im laufenden Praxiseinsatz, wenn die geplanten Nächte nicht erfüllt wurden bei Fr. Büttner (v.buettner@khwe.de)