

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)**