

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 \_\_\_\_\_