



Sequenz Nr.: _____ 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 (Bereichsleitung)

Nachtdienste konnten nicht wie im geplanten Mindestumfang durchgeführt werden

- aus Gründen gesetzlicher Bestimmungen zum Jugendarbeitsschutz / Mutterschutz
- aus anderen Gründen, und zwar:

Datum / Unterschrift (Einrichtung)

Kenntnisnahme durch die/den Auszubildende/n

Datum / Unterschrift _____