

Name der/des Auszubildenden _____

Nachtdienste	
Einrichtung	
<input type="checkbox"/> Träger der praktischen Ausbildung	
<input type="checkbox"/> Andere Einrichtung:	
<input type="checkbox"/> Stationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Ambulante Pflege
<input type="checkbox"/> Akutpflege	<input type="checkbox"/> Langzeitpflege
Wohnbereich: _____	
Station: _____	
Fachrichtung: _____	
Nachtdienst vom _____ bis _____ Stunden _____	
Datum / Unterschrift (Einrichtung)	

Nachtdienste konnten nicht / nicht im Mindestumfang von 80 Stunden durchgeführt werden
<input type="checkbox"/> aus Gründen gesetzlicher Bestimmungen zum Jugendarbeitsschutz / Mutterschutz
<input type="checkbox"/> aus anderen Gründen, und zwar:

Datum / Unterschrift (Einrichtung)

Kenntnisnahme durch die/den Auszubildende/-n bzw. gesetzlicher Vertretung
Datum / Unterschrift _____