



Stundennachweis

Name, Vorname: _____

Str.: _____

Ort: _____

Tel.: _____

email: _____

Klinik: _____

Str.: _____

Ort: _____

Einsatzbereich: _____

Datum	Arbeitszeit	Pause	Effektiv	Bereitschaft BD-Stufe: _____	Effektiv	Rufbereitschaft	Effektiv
Montag T T M M J J 	h h m m bis h h m m 	h h m m 	h h m m 	h h m m bis h h m m 	h h m m 	h h m m bis h h m m 	h h m m
Dienstag T T M M J J 	h h m m bis h h m m 	h h m m 	h h m m 	h h m m bis h h m m 	h h m m 	h h m m bis h h m m 	h h m m
Mittwoch T T M M J J 	h h m m bis h h m m 	h h m m 	h h m m 	h h m m bis h h m m 	h h m m 	h h m m bis h h m m 	h h m m
Donnerstag T T M M J J 	h h m m bis h h m m 	h h m m 	h h m m 	h h m m bis h h m m 	h h m m 	h h m m bis h h m m 	h h m m
Freitag T T M M J J 	h h m m bis h h m m 	h h m m 	h h m m 	h h m m bis h h m m 	h h m m 	h h m m bis h h m m 	h h m m
Samstag T T M M J J 	h h m m bis h h m m 	h h m m 	h h m m 	h h m m bis h h m m 	h h m m 	h h m m bis h h m m 	h h m m
Sonntag T T M M J J 	h h m m bis h h m m 	h h m m 	h h m m 	h h m m bis h h m m 	h h m m 	h h m m bis h h m m 	h h m m
			h h m m 		h h m m 		h h m m

Datum: _____ Unterschrift Vetretung: _____ Unterschrift Klinik: _____

Gesamtstunden

h	h	m	m

Blatt-Nr: _____

(bitte beide Unterschriften)