

Auszubildende/r: \_\_\_\_\_

Kurs: \_\_\_\_\_

# Fehlzeitenübersicht praktische Ausbildung



**Bitte zurück per/an:**

**Essen**

Fax: 0201-958630-55

sekretariat-essen@top-schule.de

**Bottrop**

Fax: 02041-25901-30

sekretariat-bottrop@top-schule.de

**Gelsenkirchen**

Fax: 0209-513008-69

sekretariat-gelsenkirchen@top-schule.de

**bitte ankreuzen:**

**Dienstplangrundform:**

- 5 Tage/Woche
- 5,5 Tage/Woche
- 6 Tage/Woche

**Praktikumseinsatz**

- Orientierungseinsatz
- stat. Akutpflege
- amb. Akut- und Langzeitpflege
- stat. Langzeitpflege
- Pädiatrie
- Vertiefungseinsatz (3. Asbj.)
- Nachtdienst  Std. pro Dienst

**Name der Einrichtung (Stempel):**

**Monat:**

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

**Monat:**

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

**Monat:**

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

**Legende:**

- A = anwesend
- K = krank
- AU = arbeitsunfähig m. ärztl. Bescheinigung
- UR = Urlaub
- X = dienstfrei

- U = unentschuldigtes Fehlen
- E = entschuldigtes Fehlen
- F = Feiertag
- S = Schule
- ND = Nachtdienst

Datum

Unterschrift/Stempel • Stationsleitung/Praxisanleitung