

TÄTIGKEITSNACHWEIS

PFLEGEKRAFT	EINRICHTUNG / ORT	Station / Wohnbereich/ Patient

MONAT	JAHR

Datum	Anwesenheit von-bis	Arbeitszeit abzgl. Pause	Unterschrift/Kürzel Pflegekraft	Unterschrift/Kürzel Auftraggeber

Stunden gesamt: _____

Umrechnung der Minuten

Minuten	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Dezimalzahlen	0,08	0,17	0,25	0,33	0,42	0,5	0,58	0,67	0,75	0,83	0,92	1

.....
 Unterschrift Pflegekraft

.....
 Unterschrift Kunde