Zulagenberechnung

Kursbezeichnung

_____
Name, Vorname

Monat: Jahr:

Tag	Wochen-tag	Dienst	Arbeitszeit von bis	Geleistete Std.	Sa. Std.	So. Std.	Feiert. Std.	Nacht. Std.
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								
			Gesamt:					

Dienst: **P** Praxis Einsatz
X Frei
K Krank / KK Kindkrank
U Urlaub / Sonderurlaub
UX Unentschuldigte Fehlzeit

Stempel der Einsatzstelle

Datum

_____
Unterschrift Leitende Pflegefachkraft