

## Stundennachweis

Mitarbeiter: \_\_\_\_\_ Monat: \_\_\_\_\_ Team: \_\_\_\_\_

Datum :	Dienstart:	Von:	Bis:	Gesamt:	Begründung/Abweichung v. DP
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					

28.					
29.					
30.					
31.					

Unterschrift MA \_\_\_\_\_

Unterschrift TL \_\_\_\_\_

Auszufüllen vom Mitarbeiter

Auszuzahlende Überstunden:

Bemerkung:

Auszufüllen von Niederlassungsleitung

Stunden:

Pflegezulage:

Fahrtkosten:

**Unterschrift NL:**