

Stundennachweis

Monatsabrechnung

Mitarbeiter: _____

Monat/Jahr: _____

Team: _____

Datum:	Dienststart:	Von:	Bis:	Gesamt:	Begründung/Abweichung vom Dienstplan
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: _____

Unterschrift PDL: _____

Auszufüllen von Mitarbeiter:

Auszuzahlende Überstunden: _____

Bemerkung: _____

Auszufüllen von Niederlassungsleitung:

Stunden: _____

Pflegezulage: _____

Fahrtkosten: _____