

Stundennachweis

Monatsabrechnung



Mitarbeiter: _____

Monat/Jahr: _____

Team: _____

| Datum: | Dienstart: | 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: _____