| ass-logo, bunt | Alte Daisbacher Straße 7 a  74889 Sinsheim  Tel: 06221 1582-300  Fax: 06221 1582-320 | oes-logo, s-w |
| --- | --- | --- |
|  | | | |

**Berufsfachschule für Altenpflegehilfe (1BFAHT)**

Name:

Klasse:

Einrichtung:

**Übersicht über die in der Praxis abgeleisteten Stunden und über die Fehltage**

Für die Zulassung zur Prüfung müssen die in der Praxis abgeleisteten Stunden nachgewiesen werden (mindestens 850 Stunden). Außerdem sollen die Fehlzeiten während der Ausbildung die Gesamtdauer von 20 Tagen nicht überschreiten.

Bitte füllen Sie während Ihrer Ausbildung fortlaufend die Kalenderübersicht auf der zweiten Seite/Rückseite aus.

Bitte lassen Sie den Nachweis von der Pflegedienstleitung oder Ihrem Praxisanleiter/Ihrer Praxisanleiterin unterschreiben.

Der Nachweis muss regelmäßig in der Schule abgegeben werden.

Bitte tragen Sie folgendermaßen in die Kalenderübersicht ein:

Tägliche Dienstzeit ohne Pause: genaue Stundenangabe (schwarz)

Schultag: **S** (grün)

Krankheitstag: **K** (rot) Nur Buchstaben angeben

Urlaub: **U** (gelb) Nach dem Drucken farbig markieren

Frei: **F** (blau)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Monat** | **Monat** | **Monat** | **Monat** | **Monat** | **Monat** | **Monat** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kalendertag** |  |  |  |  |  |  |  |
| 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. |  |  |  |  |  |  |  |
| **Reine Dienstzeit  gesamt** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Unterschrift** | **Unterschrift** | **Unterschrift** | **Unterschrift** | **Unterschrift** | **Unterschrift** | **Unterschrift** |
| **Auszubildende/r** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pflegedienstleitung oder Praxisanleiter/in** |  |  |  |  |  |  |  |

Datum: ........................................ Klassenlehrkraft: ..............................................