

Patient: _____

Genehmigte Stunden: _____

Geplante Stunden: 0

1. Advent So 1				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
Mo 2				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
Di 3				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
Mi 4				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
Do 5				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
Fr 6				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
Sa 7				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
2. Advent So 8				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
Mo 9				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
Di 10				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.

Dienstplan erstellt/genehmigt am: _____

Mi 11				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
Do 12				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
Fr 13				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
Sa 14				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
3. Advent So 15				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
Mo 16				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
Di 17				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
Mi 18				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
Do 19				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
Fr 20				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.

Unterschrift: _____

Sa 21				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
4. Advent So 22				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
Mo 23				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
Heilig Abend Di 24				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
1. Weihnachtsfeiertag Mi 25				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
2. Weihnachtsfeiertag Do 26				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
Fr 27				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
Sa 28				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
So 29				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
Mo 30				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.
Silvester Di 31				
Name	Früh	Spät	Nacht	St.