
(Monat)

(Name Hilfskraft)

Dienst 1

Datum + Dienst	Anwesenheitszeiten	Arbeitszeit (insgesamt)	Unterschrift diensthabender Arzt

Dienst 2

Datum + Dienst	Anwesenheitszeiten	Arbeitszeit (insgesamt)	Unterschrift diensthabender Arzt

Dienst 3

Datum + Dienst	Anwesenheitszeiten	Arbeitszeit (insgesamt)	Unterschrift diensthabender Arzt

Dienst 4

Datum + Dienst	Anwesenheitszeiten	Arbeitszeit (insgesamt)	Unterschrift diensthabender Arzt

Arbeitszeit insgesamt: _____

Anzahl Pauschalen: _____

Unterschrift Hilfskraft: _____