

Wöchentlicher Tätigkeitsnachweis/Stundennachweis

Krankenhaus/Kunde:

Mitarbeiter/in:

Wochentag	Datum TT.MM.JJ	Arbeitszeit von – bis	Pause von – bis	Arbeitsstunden
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

Total:

**Verbindliche Unterschrift
Kunde/Stationsleitung/Vertreter:**

Unterschrift des Mitarbeitenden:

Umrechnungstabelle für angebrochene Arbeitsstunden

Minuten	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55
Dezimal	0,08	0,17	0,25	0,33	0,42	0,50	0,58	0,67	0,75	0,83	0,92

Hinweis für Mitarbeitende:

Informationen zum Gebrauch dieses Formulars enthält das Dokument „Ausfüllen und Abgabe der Stundenzettel“, aufzurufen unter „<https://www.pluss.de/vertragsbestandteile-careworker/begleitende-dokumente-igz-dgb>“ oder mittels des rechts abgebildeten QR-Codes.

