

Patient: _____

Genehmigte Stunden: _____

Geplante Stunden: 0

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

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

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

Dienstplan erstellt/genehmigt am: _____

Unterschrift: _____