

E-Mail: hr-oas@docstr.de

per Fax: 0911 6699 75 222

TÄTIGKEITSNACHWEIS	MONAT:
Ärztin/ Arzt: _____ Personalnummer: _____	Einrichtung: _____

Datum	Wochentag	Tagdienst Regeldienst				Bereitschaftsdienst					
						<input type="checkbox"/> Vordergrund <input type="checkbox"/> Hintergrund <input type="checkbox"/> Rufdienst			Aktivstunden		
		Von	Bis	Pause (h)	Gesamt (h)	Von	Bis	Gesamt (h)	Von	Bis	Gesamt (h)
Summe:											

Datum: _____

Unterschrift Arzt/ Ärztin: _____

Stempel + Unterschrift Klinik: _____