

## 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-icc-medical/begleitende-dokumente-igz-dgb>“ oder mittels des rechts abgebildeten QR-Codes.

