

ROZPIS služeb Individuální ošetrovatelské praxe I

Kontaktní údaje na pracoviště:

Počet hodin praxe: _____

Název pracoviště: _____ Ošetrovací jednotka/oddělení: _____

Přednosta: _____ Vrchní sestra: _____

Staniční sestra: _____ Mentor/ka: _____ Telefon na odd.: _____

Červenec:

celkem: ____ /měsíc

Den	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Služba																															
Změna																															

Srpen:

celkem: ____ /měsíc

Den	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Služba																														
Změna																														

<i>Směna</i>	<i>Značka</i>	<i>Začátek směny</i>	<i>Konec směny</i>	<i>Poznámky</i>
Ranní	R			
Odpolední	O			
Denní	D			
Noční – 8hod	V			
Noční – 12hod	N			

