

als Anlage zur Jahresübersicht für Angestellte,
Bescheinigung für Klinikangestellte in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern.

| | | | |
|--------------|---|---|---------|
| | Monat | Jahr | |
| Zeitraum von | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | MM.JJJJ |
| Zeitraum bis | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | MM.JJJJ |

Teilnehmer

Bitte Barcode-Etikett mit Namen und EFN-Nummer einkleben.

Alternativ bitte Namen und Mitgliedsnummer angeben.

1 FE = 45 Minuten ohne Pause

| Datum | Titel | FE |
|-------|---------------------|----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | Summe Punkte | |

Ort / Datum

Unterschrift

Stempel der Klinik:

- Leitende/r Psycholog/in/e
- Leitende/r Ärztin/Arzt
- Leiter/in Qualitätsmanagement

Zutreffendes bitte ankreuzen