Listan ska vara signerad av avdelningschef. Finns ingen avdelningschef tillgänglig, så är det ansvarig markerad sjuksköterska som signerar tidrapporten.   
30 minuters rast dras alltid (undantag för nattpass) om inget annat anges.  
Fält med \* är obligatoriska.  
**Rapporten kan skickas eller scannas in och skickas med fakturan.**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn\* | Personnummer\* |
| Företag\* | |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vecka\* | Avdelning\* | Börjar kl\* | Slutar kl\* | Rast | Övrigt: Ange orsak om tiden avviker |
| Måndag Datum\* |  |  |  |  |  |
| Tisdag Datum\* |  |  |  |  |  |
| Onsdag Datum\* |  |  |  |  |  |
| Torsdag Datum\* |  |  |  |  |  |
| Fredag Datum\* |  |  |  |  |  |
| Lördag Datum\* |  |  |  |  |  |
| Söndag Datum\* |  |  |  |  |  |

Underskrift av avdelningschef:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_