**Ärztliche Bescheinigung**

über die gesundheitliche Eignung zum Studium der Hebammenkunde

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Es liegen keine psychischen, körperlichen oder sonstigen Erkrankungen/Einschränkungen vor, welche die oben genannte Person bei der Ausübung des Berufs als Hebamme/Entbindungspfleger hindert.

Die Person ist für die Ausübung des Berufes geeignet.

Anmerkungen:

Ort, Datum Unterschrift Stempel des/der Arztes/Ärztin