

Ärztliche Bestätigung über die gesundheitliche Eignung

Hiermit wird bestätigt, dass aus ärztlicher Sicht keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass

Frau/Herr

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zur Absolvierung des Hebammenstudiums ungeeignet ist.

Ort, Datum _____

Vorname / Name des Arztes bzw. der Ärztin

Unterschrift des Arztes bzw. der Ärztin



Stempel