Formular drucken | Dieses Formular ist am Bildschirm ausfüllbar | Formular zurücksetzen

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG

Klinik für Frauenheilkunde

Hugstetter Str. 55
79106 Freiburg

Gesundheitliche Eignung zum dualen Studium der Hebammenwissenschaften

Sehr geehrte untersuchende Ärztin, sehr geehrter untersuchender Arzt,

gemäß des Hebammengesetzes § 10 Abs. 1 muss die gesundheitliche Eignung zur Absolvierung des Hebammenstudiums gegeben sein.

Die Eignung zur Ausübung des Berufes aus gesundheitlicher Sicht bitten wir der/dem Bewerber*in auf diesem Formular zu bestätigen.

Außerdem bitten wir Sie die/den Bewerber*in zu beraten, wenn bereits **gesundheitliche Risiken** oder **Vorbelastungen** bestehen, welche die Ausübung des Berufes ggf. gefährden könnten.

Ärztliche Bescheinigung

über die gesundheitliche Eignung zum Studium der Hebammenwissenschaften, bestehend aus theoretischen und berufspraktischen Anteilen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Die Person ist für das Studium und die Ausübung des Berufes geeignet.

Es liegen keine psychischen, körperlichen oder sonstigen Erkrankungen/Einschränkungen vor, welche die genannte Person an der Ausübung des oben genannten Berufs hindert. ☐ **ja** ☐ **nein**

Anmerkungen der Ärztin / des Arztes:

_____

_____

_____

_____

Ort	Datum	ärztliche Unterschrift und Stempel

60186652 ForManFR / 04.03.2021

Formular drucken | Formular zurücksetzen