

Ärztliche Bescheinigung

Frau / Herr geboren am

ist in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes als

☐ Hebamme / Entbindungspfleger

geeignet*.

*Bei Nichteignung bzw. eingeschränkter Eignung bitte streichen und Begründung angeben:

.....
.....

.....
Ort / Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes