**Nachweis der gesundheitlichen Eignung**

Name, Vorname

Wohnort\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Es sprechen keine gesundheitlichen Aspekte gegen ein Studium zur Hebamme.

Sie/ er hat zurzeit keine Krankheiten, die den Patientenschutz, insbesondere den der zu betreuenden Frauen und Familien, gefährden.

Folgende verpflichtende Impfungen liegen vor:

* Masern

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stempel der Arztpraxis

Unterschrift der Ärztin/ des Arztes