



An die

Eberhard Karls Universität Tübingen  
Studierendenabteilung  
Wilhelmstr. 19  
72070 Tübingen

## Ärztliche Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufs nach §5 Hebammengesetz (HebG)

---

Titel, Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer

---

Postleitzahl, Wohnort

verfügt meiner fachlichen Einschätzung nach über die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Hebammenberufes nach §5 Hebammengesetz (HebG).

---

Datum, Unterschrift, Stempel (Ärztin/Arzt)