

# Bestätigung des Vorpraktikums für den Hebammenstudiengang

Hiermit bestätige ich das Vorpraktikum von Frau / Herrn \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

<b>Einsatzort</b> <b>Bitte ankreuzen:</b>	<b>Praktikumszeit</b> <b>(Datum)</b>	<b>Anzahl der</b> <b>Wochen</b> <i>(Vollzeit)</i>	<b>Einrichtung / Praxis /</b> <b>Hebamme</b>  <b>Stempel</b>	<b>DATUM der Unterschrift</b> <b>Name (Druckbuchstaben),</b> <b>UNTERSCHRIFT</b>
<input type="checkbox"/> Kreißsaal	von _____ bis _____	_____		
<input type="checkbox"/> Schwangerenstation	von _____ bis _____	_____		
<input type="checkbox"/> Wochenstation	von _____ bis _____	_____		
<input type="checkbox"/> Geburtshaus	von _____ bis _____	_____		
<input type="checkbox"/> Hebammenpraxis mit mindestens 2 Hebammen	von _____ bis _____	_____		
<input type="checkbox"/> bei freiberuflicher Hebamme	von _____ bis _____	_____		