

Teilnahmebescheinigung

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Straße, Wohnort)

hat am _____ / von _____ bis _____

an/am _____

(didaktische Form der Fortbildung)

der/des

(Name der/des Anbieters der Fortbildung)

mit _____ Unterrichtsstunden (à 45 Minuten) nach § 7 Hebammenberufsordnung

zum Thema _____

mit den Schwerpunkten

teilgenommen.

(Fortbildungsort, Datum)

(Unterschrift und Stempel des Veranstalters)

<p>Es wird darauf hingewiesen, dass die empfohlene Schwerpunktsetzung bei der Auswahl der Fortbildungsangebote zu beachten ist (25 Stunden Fach- und Methodenkompetenz, 25 Notfallmanagement, 10 Stunden zur freien Wahl).</p>

*Diese Veranstaltung wurde von der Ärztekammer _____ am _____ unter der Zertifizierungsnummer _____ anerkannt.

*Diese Veranstaltung wurde vom Landeshebammenverband/Bundesverband der Hebammen / der Hebammenlehranstalt _____ am _____ anerkannt.

Zusatz nur für private Anbieter und Krankenhäuser (nicht für Hebammenlehranstalten und Hebammenverbände):

*Diese Veranstaltung wurde von der Abteilung Gesundheit des Kreises Gütersloh am _____ mit _____ Fortbildungsstunden als geeignete Fortbildungsveranstaltung im Sinne von § 7 HebBO NW anerkannt.

(*) Bitte zutreffenden Text auswählen