|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Antrag auf Ermächtigung von freiberuflichen Hebammen/Entbindungspflegern zur Durchführung von Teilen der berufspraktischen Ausbildung (Externat) zur Vorbereitung auf den Beruf Hebamme/Entbindungspfleger**  **(Umsetzung von § 6 Abs. 2 Satz 2 Hebammengesetz-HebG)** | | | | | |
|  | | | | | |
| Der Antrag ist bei dem zuständigen Standort des Landesamtes für  Schule und Bildung zu stellen. | | | | | |
| Vorname: |  | | Name: |  | |
|  |  | |  | |  |
| Anschrift: |  | | | | |
|  |  | | | |  |
| Telefon: |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
| E-Mail: |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
| **Bitte folgende Unterlagen beifügen:** | | | | | |
| * Beglaubigte Kopie der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Hebamme/ Entbindungspfleger | | | | | |
| * Nachweis über eine erfolgte Namensänderung | | | | | |
| * Nachweis der Registrierung beim Gesundheitsamt/Amtsarzt | | | | | |
| ODER | | | | | |
| Einverständniserklärung, in der die Antragstellerin/der Antragsteller ausdrücklich erklärt, dass der zuständige Standort des Landesamtes fürSchule und Bildung für das Verfahren der Ermächtigung nach § 6 Abs. 2 Satz 2 des Gesetzes über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz) die Information über die Registrierung beim zuständigen Gesundheitsamt/Amtsarzt einholen darf.  Der Ansprechpartner, dessen Kontaktdaten und das zuständige Gesundheitsamt sind zu benennen. | | | | | |
| * Nachweis von mindestens einer berufsspezifischen Fortbildung, die nicht mehr als zwei  Jahre zurück liegt | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | |  | |  | |
| Ort/Datum | |  | | Unterschrift | |