



Dualer hochschulübergreifender Studiengang B.Sc. Hebammenwissenschaft
Sommersemester 2025

NAME, VORNAME:		MATRIKELNUMMER:			PRÜFUNGSTEIL:	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Geburt <input type="checkbox"/> Wochenbett
PRÜFER*INNEN:		<input type="checkbox"/> Hochschule <input type="checkbox"/> Praxisanleitung	DATUM:		UHRZEIT PRÜFUNGSBEGINN:	
						UHRZEIT PRÜFUNGSSENDE:
<input type="checkbox"/> Die/ der Studierende bejaht Frage zur Prüfungsfähigkeit						

NAME:		ET:		GEBURTSDATUM DES KINDES:	
GEBURTSDATUM:		G/P:	/	AKTUELLER LEBENSTAG:	

RELEVANTE ANAMNESTISCHE DATEN (z.B. SCHWANGERSCHAFT, GEBURTSVERLAUF, BISHERIGER WOCHENBETTVERLAUF):

BETREUUNGS- UND BERATUNGSBEDARF, DER SICH AUS DEM GESPRÄCH BZW. DEN UNTERLAGEN ERGIBT:



RESSOURCEN, DIE SICH AUS DEM GESPRÄCH BZW. DEN UNTERLAGEN ERGEBEN:

ZIELE FÜR DIE WEITERE BETREUUNG:

GEPLANTE MAßNAHMEN: