

Bestätigung der Fachärztin / des Facharztes

Beilage zum Antrag auf Erlass des Studienbeitrages aufgrund von
Krankheit / Schwangerschaft

| | | |
|--------------------------|--|----------------|
| | | Matrikelnummer |
| Vorname und Familienname | | Geburtsdatum |

Ich bestätige hiermit, dass meine Patientin/mein Patient (siehe obenstehende Angaben) in ihrer/seiner Ausübung des Studiums für mehr als zwei Monate (von _____ bis _____) erheblich beeinträchtigt ist bzw. sein wird.

| |
|--|
| <p>Grund</p> <p><input type="checkbox"/> Krankheit</p> <p><input type="checkbox"/> Schwangerschaft</p> |
|--|

| | |
|-------|--------------|
| Datum | Unterschrift |
|-------|--------------|