

BESCHEINIGUNG DURCH DEN ARZT ODER DIE ÄRZTIN

Vorname, Nachname

Krankenversicherungsnummer

Geburtsdatum

Anschrift

Für die oben genannte Person bestand in der Zeit

vom _____ bis _____

durchgehend folgende Erkrankung:

_____.

Aufgrund der Schwere dieser Erkrankung und der damit verbundenen folgenden Einschränkungen

konnte das Studium in der Zeit vom _____ bis _____

☐ nicht aufgenommen

☐ nicht fortgeführt

werden.

Ort, Datum

Praxisstempel und Unterschrift