



Bestätigung der Fachärztin/des Facharztes als Beilage zum Antrag auf Erlass des Studienbeitrages

Matrikelnummer:							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>							

Familienname:	Vorname(n):
Zustelladresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür):	
Sozialversicherungsnummer:	

Ich bestätige hiermit, dass die oben genannte Patientin/der oben genannte Patient

	durch die eingetretene Schwangerschaft
	durch die von mir diagnostizierte Erkrankung

in der Zeit vom bis zum so sehr beeinträchtigt ist,
 dass sie/er am Studium gehindert ist.

 Ort, Datum

 Unterschrift der Fachärztin/des Facharztes

Stempel