

## 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.

Grund
<input type="checkbox"/> Krankheit
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft

Datum	Unterschrift
-------	--------------