



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

Matrikelnummer:	
Familienname:	Vorname(n):
Sozialversicherungsnummer:	

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

<input type="checkbox"/>	durch die eingetretene Schwangerschaft
<input type="checkbox"/>	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