

## Bescheinigung Prüfungsunfähigkeit

zur Vorlage beim Dezernat 4 (Studienbüro)

***Von der behandelnden Ärztin/ dem behandelnden Arzt auszufüllen:***

Name, Vorname der/des Studierenden: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bei der/ dem Studierenden liegt eine Leistungsminderung vor, die zur Prüfungsunfähigkeit führt.

Dauer der Krankheit bzw. Leistungsminderung:

von: \_\_\_\_\_

bis einschl.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel und Unterschrift  
der Ärztin/des Arztes

***Von der/dem Studierenden auszufüllen:***

Matrikel-Nr.:	
Fachbereich:	Studiengang:
Prüfung, Prüfungsnummer:	Prüfungsdatum:
Prüfung, Prüfungsnummer:	Prüfungsdatum:
Prüfung, Prüfungsnummer:	Prüfungsdatum:
Prüfung, Prüfungsnummer:	Prüfungsdatum:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift