



## Beilage zur Rückzahlung des Studienbeitrages

Ausnahmegrund:  **Schwangerschaft**  **Krankheit**

### BESTÄTIGUNG DER FACHÄRZTIN/DES FACHARZTES

Ich bestätige, dass meine Patientin/mein Patient

		Sozialversicherungsnummer
Familien- und Vorname(n)		
Straße, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür		
Postleitzahl, Ort		
Telefonnummer	E-Mail	

durch die eingetretene Schwangerschaft

durch die von mir diagnostizierte Erkrankung

in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
TT.MM.JJJJ TT.MM.JJJJ

so sehr beeinträchtigt ist, dass sie/er am Studium gehindert ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel  
des Facharztes/der Fachärztin