



Beilage zum Erlass bzw. 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