

# Ärztliche Bescheinigung zur krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit *Certificate of Incapacity for an Examination*

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

ist wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht prüfungsfähig /  
*is on health grounds unable to take an examination*

von/from (am/on) \_\_\_\_\_ bis/until \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift des Arztes)

\_\_\_\_\_  
(Stempel der Arztpraxis)

Vom Studierenden auszufüllen / *To be filled in by the student:*



Matrikelnummer: \_\_\_\_\_

Mit dem obigen Attest weise ich meine Prüfungsunfähigkeit für folgende Prüfung(en) nach:  
*The certificate above is proof of my incapacity for the following examination(s):*

Modul / Module

Prüfungdatum / Examination date

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift StudentIn / *Signature student*