

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

Prüfungsdatum/
Examination date

(Datum, Unterschrift des Studierenden / *Date, signature of the student*)