



# Fachärztliche Bestätigung zum Antrag auf Erlass des Studienbeitrags

aus Krankheitsgründen       aufgrund einer Schwangerschaft      (Zutreffendes bitte ankreuzen)

## Angaben zu der von mir behandelten Person

Matrikelnummer:

Zuname:

Vorname:

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ):

Sozialversicherungsnummer:

## Zeitraum der Beeinträchtigung (Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen)

Sommersemester 20

von (TT.MM.JJJJ):

bis:

Wintersemester 20

von (TT.MM.JJJJ):

bis:

## Fachärztliche Unterschrift

Hiermit bestätige ich, dass die oben genannte, von mir behandelte Person in der Ausübung ihres Studiums im angeführten Zeitraum erheblich beeinträchtigt ist bzw. sein wird.

Datum

Stempel

Zuname, Vorname und Unterschrift