

Ärztliche Bescheinigung zur krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit
Certificate of incapacity for an examination

Name, Vorname: _____
Last name, first name

Geburtsdatum: _____
Date of birth

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

von/from (am/on) _____ bis/until _____

(Datum, Unterschrift des Arztes)

(Stempel der Arztpraxis)

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

Matrikelnummer/*Matriculation number:* _____



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

Modul/Module

Prüfungsdatum/Examination date

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