



FORMULAR FÜR DEN KRANKHEITSNACHWEIS (ÄRZTLICHES ATTEST)
PROOF OF ILLNESS FORM (DOCTOR'S CERTIFICATE)

Name, Vorname
Surname, First Name

Matrikelnummer
Student ID Number

--	--	--	--	--	--

Abschluss
Type of Degree

Studiengang
Degree Course

vom*von der Arzt*Ärztin auszufüllen:
to be completed by the doctor:

meine heutige Untersuchung bezüglich der Prüfungsunfähigkeit bei dem*der o. g. Patient*in hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:
The examination I carried out today regarding the above-named patient's inability to sit an examination produced the following results from a medical point of view:

**Krankheitssymptome /
Art der Leistungsminderung:**
*Illness symptoms /
Type of impaired performance*

Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress u. ä. sind keine rechtlich erheblichen Beeinträchtigungen! (Bitte Hinweise auf Seite 2 beachten)
Fluctuations in day-to-day form, test anxiety, stress caused by exams etc. are not considered to be serious impairments from a legal point of view! (Please take note of the information on page 2)

Die Gesundheitsstörung ist:
The health problems:

auf nicht absehbare Zeit
shall continue for an unforeseeable length of time

vorübergehend
are temporary

Dauer der Krankheit:
Duration of illness:

von:
from: _____

bis:
to: _____

zusätzliche Angabe bei Abschluss- oder Hausarbeiten:

Welche Verlängerung wird angesichts des Grades der Leistungsminderung befürwortet?
Additional information for submission of theses or written assignments: Considering the severity of impairment, which length of extension would you recommend?

_____ **Tage**
Days

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor.
In my professional opinion, performance is significantly impaired.

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift Arzt*Ärztin
Town, Date, Signature Stamp, Signature Doctor

