Antrag auf Genehmigung eines Rücktritts wegen Krankheit (Ärztliches Attest)

Einzureichen beim Leiter/Leiterin der jeweiligen Lehrveranstaltung

Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

I. Persönliche Angaben der/des Studierenden (von der/dem Studierenden auszufüllen)

……
Name, Vorname Geb-Datum Matrikelnummer

……
Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort

……
Tel.-Nr./E-Mail-Adresse Studiengang

II. Erklärung der/des Studierenden (von der/dem Studierenden auszufüllen):

☐ Wegen Prüfungsunfähigkeit aufgrund einer vorübergehenden Erkrankung beantrage ich hiermit die Genehmigung des Rücktritts von der/den Erfolgskontrolle(n).

☐ Wegen Prüfungsunfähigkeit aufgrund einer vorübergehenden Erkrankung beantrage ich hiermit die Genehmigung auf Rücktritt und Versäumnis von Lehrveranstaltungen:

1. …… am: …….....

2. …….... am: ……..

Datum: …… Unterschrift: …….....

III. Ärztliches Attest

Die Untersuchung von Herrn/Frau …… am: ……..
hat aus ärztlicher Sicht folgendes ergeben:

Krankheitssymptome/Art der Leistungsbeeinträchtigung: ……..…….....

……

……

Bezeichnung der Krankheit (optional): ……

Voraussichtliche Dauer der Leistungsbeeinträchtigung: von: …….... bis: ……

Aus ärztlicher Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor ja ☐ nein. ☐

Die Beeinträchtigung ist vorübergehend und nicht dauerhaft ja ☐ nein ☐

ggf. ergänzende Bemerkungen: ……...

_____ _____
Ort, Datum, Praxisstempel Unterschrift der Ärztin/des Arztes