

Attest für die Beantragung einer bevorzugten Einwahl in Lehrveranstaltungen

Name, Vorname

Geburtsdatum

Hiermit wird bestätigt, dass die oben genannte Person aufgrund einer chronischen Erkrankung oder Behinderung **im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX** eine zeitlich eingeschränkte Flexibilität aufweist. Es wird empfohlen, der Person eine bevorzugte Einwahl in Lehrveranstaltungen zu ermöglichen.

Das Attest gilt bis:

Das Attest gilt unbefristet.

Datum / Unterschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin

< Vertragsarztstempel >