

Attest für die Beantragung einer bevorzugten Einwahl in Lehrveranstaltungen

Name, Vorname

Geburtsdatum

Hiermit wird bestätigt, dass der / die oben genannte Studierende aufgrund einer chronischen Erkrankung oder Behinderung (im Sinne des Sozialrechts) in ihrer/seiner zeitlichen Flexibilität eingeschränkt ist. Es wird empfohlen, der Person eine bevorzugte Einwahl in Lehrveranstaltungen zu ermöglichen.

Das Attest gilt bis:

Das Attest gilt unbefristet.

Datum / Unterschrift des behandelnden Arztes

Vertragsarztstempel