



Ärztliche Bescheinigung zur krankheitsbedingten Prüfungsunfähigkeit

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

ist wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht prüfungsfähig

von / am _____ bis _____ .

Arzt/Ärztin Ort, Datum, Unterschrift

Stempel der Arztpraxis

Von Student*in auszufüllen

Matrikelnummer: _____

Mit dem obigen Attest weise ich meine Prüfungsunfähigkeit gemäß § 21(3) PO 2021 für
folgende Prüfung(en) nach:

Modul

Prüfungsdatum

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Student*in Ort, Datum, Unterschrift